

**„Essstörungen bei Männern
–
ein sozialisationsbedingtes Phänomen?“**

Bachelor-Thesis

von

David Höpfner

vorgelegt am: 24.06.2010

an der
Hochschule Neubrandenburg

Studiengang: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung
Erstgutachter: Frau Claudia Gottwald (Dipl. Psychologin)
Zweitgutachter: Frau Prof. Dr. phil. Sigrid Haselmann
URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0227-1

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung	1
2. Klassifikation von Essstörungen	3
2.1 Anorexia nervosa.....	3
2.2 Bulimia nervosa.....	5
2.3 Adipositas.....	7
2.4 Binge Eating Disorder	9
2.5 Essstörungen bei Männern	10
3. Männliche Sozialisation	12
3.1 Definition Sozialisation.....	12
3.2 Die ersten Lebensjahre eines Jungen	12
3.3 Der Weg zur Männlichkeit	13
3.4 Die Familie als Auslöser einer Essstörung?!.....	16
3.5 Die Situation in Eineltern-Familien	18
4. Körperbewusstsein von Männern	21
4.1 Schönheitsideal.....	21
4.2 Das Bild des Mannes im Wandel der Zeit.....	23
4.3 Der Adoniskomplex	24
4.3.1 Definition Adoniskomplex	24
4.3.2 Beispielerkrankungen für den Adoniskomplex.....	26
4.3.3 Abnormes Essverhalten bei Männern mit Adoniskomplex.....	27
4.3.4 Homosexualität und Adoniskomplex	27
5. Die Bedeutung der Sozialarbeit bei Essstörungen	29
6. Projekt zum Thema „Prävention von Essstörungen“ an Neubrandenburger Schulen	30
7. Fazit	33
Literaturverzeichnis	34
Internetverzeichnis	36
Anhang	39
Ehrenwörtliche Erklärung	41

1. Einführung

„Wer ist, der isst. Und wer nicht isst, der ist bald nicht mehr.“ Dieses Zitat von Waltraud Puzicha¹ bringt die schlimmste Folge einer Magersucht auf den Punkt.

Abgemagerte und letztlich an Magersucht gestorbene Models waren in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder Thema in den Medien, wodurch die Magersucht zu einer der bekanntesten Essstörungen geworden ist. Diese ist jedoch nicht die einzige Erscheinungsform essgestörten Verhaltens. Doch vor allem sind nicht nur Frauen, sondern auch in zunehmendem Maße Jungen und Männer von Essstörungen betroffen. Diese Problematik wird in der Öffentlichkeit jedoch im Verhältnis zu Essstörungen bei Frauen nur äußerst wenig bzw. gar nicht thematisiert. Zum einen weil sich Männer nicht trauen über ihr Essstörung zu reden und sich zu dieser zu bekennen – welcher Form auch immer –, denn Essstörungen gelten in der Öffentlichkeit als Frauenkrankheit. Zum anderen könnte es aber auch daran liegen, dass gerade der durch die Modewelt hervorgerufene Magerwahn offensichtlicher ist als vielleicht übertriebener Sport mit der Folge eines abnormen Essverhaltens, zum Zwecke eines „fitten“ und „stählernen“ Körpers. Denn gerade das kann zu einer Form der Essstörung führen, worunter oftmals Männer leiden – dem Adoniskomplex.

Aus diesen Gründen soll sich diese Arbeit mit der Thematik der Essstörungen bei Männern beschäftigen. Unter besonderer Betrachtung steht die Fragestellung, ob die Sozialisation Einfluss auf das Essverhalten und die Körperwahrnehmung von Männern nehmen kann.

Um diese Frage beantworten zu können, werden zunächst die Klassifikationsformen von Essstörungen – unabhängig vom Geschlecht des Betroffenen – dargestellt, wobei zum Kapitelende jedoch auch speziell auf Essstörungen bei Männern eingegangen werden soll. Im Anschluss daran wird die Situation von Jungen und Männern in unserer Gesellschaft erörtert. Hierbei wird zunächst die kindliche Entwicklung bis hin zum Jugendlichen dargestellt, wobei auf mögliche Ursachen für essgestörtes Verhalten hingewiesen wird. Ein besonderes Augenmerk wird auf die Situation in unterschiedlichen Familienkonstellationen und die jeweiligen Beziehungen zum Kind gelegt, denn es soll untersucht werden, ob auch hier Ursachen für gestörte Körperwahrnehmung und abnormes Essverhalten liegen können. Daraufhin soll auf das

¹ Puzicha, 2009 (URL)

Körperbewusstsein von Männern eingegangen werden. Denn besonders die gängigen Schönheitsideale beeinflussen die Einstellung zum eigenen Körper. Aufgrund dessen änderte sich im Laufe der Zeit das entsprechende Bild des Mannes. Dies geschah äußerlich wie auch innerlich. Besonders der durch den „Fitnesswahn“ ausgelöste Adoniskomplex soll im Anschluss näher betrachtet werden, da es sich hierbei um eine spezielle Form der Körperwahrnehmungsstörung bei Männern handelt, welche ein gestörtes Essverhalten zur Folge haben kann. Um Essstörungen und gestörte Körperwahrnehmung präventiv entgegenzuwirken muss unter anderem die Sozialarbeit Maßnahmen ergreifen. Aus diesem Grund werden im letzten Kapitel dieser Arbeit die Aufgaben eines Sozialarbeiters im psychosozialen Bereich dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse einer eigenen Forschungsarbeit, welche sich mit der Untersuchung der Körperwahrnehmung von Schülern zwei siebter Klassen von Neubrandenburger Schulen beschäftigt, vorgestellt. Die Arbeit soll daraufhin mit einem Fazit abgerundet werden.

2. Klassifikation von Essstörungen

Unter dem Begriff „Essstörung“ werden heutzutage hauptsächlich vier Erscheinungsformen verstanden, die Anorexia nervosa (Magersucht), die Bulimia nervosa (Bulimie), die Adipositas und die Binge-Eating-Störung. Betrachtet man die Betroffenen liegen große Unterschiede vor. So wiegt eine mittelmäßig adipöse Frau viermal so viel wie ein magersüchtiger Mann. Jedoch haben trotz der äußerlichen Ungleichheit alle Betroffenen eine Gemeinsamkeit: aus dem essentiellen Bedürfnis zu essen ist bei ihnen „ein Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen Konsequenzen erwachsen.“² Dieses Problem dominiert folglich den gesamten Tagesablauf, das Verhältnis zu Freunden, Bekannten und Verwandten sowie neben dem Privatleben auch das berufliche Leben. Die körperlichen Folgen sind ebenso nicht außer Acht zu lassen.³

Diese vier zuvor genannten Erscheinungsformen sollen in folgendem Kapitel definiert werden.

2.1 Anorexia nervosa

Die Magersucht (Anorexia nervosa) wurde besonders in den letzten Jahrzehnten zu einer öffentlichen Angelegenheit. Sie ist in Film und Fernsehen, in Zeitschriften, aber auch im Bekannten- oder Freundeskreis allgegenwärtig. Die „Modekrankheit“ des 20. Jahrhunderts wurde erstmals zwischen 1868 und 1874 von dem Briten William Gull und dem Franzosen Ernest-Charles Lasègue als Krankheitsbild beschrieben. Dazu forschten sie an acht Betroffenen und wiesen in einer Beschreibung auf noch heute geltende Merkmale, wie Verleugnung der Krankheit und starken Bewegungsdrang, hin.⁴

Anfang des 20. Jahrhunderts waren sich die derzeitigen Fachmänner einig, dass es sich bei der Anorexie um eine psychische Störung handeln muss. Diagnostische Kriterien wurden erstmals 1969 von dem Engländer Peter Dally festgelegt.⁵ Laut „ICD-10“, welches das wichtigste medizinische Diagnoseklassifikationssystem ist,⁶ liegt eine Anorexie vor, wenn das Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten

² Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 359

³ Vgl. Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 359

⁴ Vgl. Weber, 1998, S. 13ff.

⁵ Vgl. Bader, 2006, S. 12 f.

⁶ Vgl. Konzeption Dick & Dünn e.V., S. 2

Gewicht liegt (entweder durch Gewichtsverlust oder durch nie erreichtes Gewicht) oder wenn der Body-Maß-Index (BMI, siehe Anhang) unter 17,5 liegt. Weitere Diagnosekriterien sind:

- Gewichtsverlust durch Vermeidung hochkalorischer Speisen
- selbst herbeigeführtes Erbrechen oder Abführen
- Ausführung übertriebener körperliche Aktivitäten
- die Einnahme von Appetitzüglern oder Diuretika (Wassertabletten)
- Angst, zu dick zu werden als tief verwurzelte Idee⁷

Außerdem lassen sich durch das „DSM IV“, wobei es sich um ein weiteres Klassifikationssystem zur Diagnose von Krankheiten handelt,⁸ für die Anorexie weitere, nachfolgend aufgeführte Kriterien feststellen:

- äußerst starke Gewichtsabnahme (in kürzester Zeit mehr als 20% des Ausgangsgewichts)
- Weigerung, das Normalgewicht für das entsprechende Alter und die entsprechende Größe zu halten
- große Angst dicker zu werden
- gestörte Körperwahrnehmung in Bezug auf Größe, Gewicht und Form
- ständiger Gedanke an Essen, Fressattacken könnten auftreten⁹
- 3 mal aufeinanderfolgendes Ausbleiben der Monatsblutung

Die gestörte Körperwahrnehmung ist besonders auffällig, denn Magersüchtige haben ein verzerrtes Bild ihrer Figur und ihres Gewichts.¹⁰ Sie bezeichnen sich selbst als dick und fühlen sich auch so. Die Betroffenen sind ständig in Bewegung um „gefährliche“ Kalorien abzubauen. Widersprüchlich ist jedoch, dass sich Betroffene recht viel mit Essen beschäftigen, denn sie kochen oder backen häufig für die Familie, enthalten sich dann jedoch dem Essen um sich rein zu fühlen. Magersüchtige sind oft normal oder sogar überdurchschnittlich intelligent und leistungsorientiert und haben ein hohes Pflicht- und Verantwortungsbewusstsein.

Zu den körperlichen Folgeschäden zählt unter anderem das Absinken des Stoffwechsels, des Pulses, der Körpertemperatur und des Blutdrucks. Dies führt zu Müdigkeit,

⁷ Vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 11

⁸ Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, S. 2

⁹ Vgl. BZgA, ohne Jahr, S. 20 f.

¹⁰ Vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 11

Frieren und Verstopfungen. Auch hormonelle Veränderungen bleiben nicht aus, so zum Beispiel trockene Haut, Ausbleiben der Menstruation, brüchiges Haar oder sogar auch Veränderungen in der Körperbehaarung.¹¹

Die Magersucht ist eine Krankheit, die ganz besonders in den westlichen Industrienationen vorkommt, in denen es Nahrungsmittel im Überfluss gibt.¹² Essstörungen fangen meist in der Pubertät an und setzen sich bis in das Erwachsenenalter fort. Von der Anorexie sind in der Mehrzahl der Fälle Mädchen bzw. junge Frauen zwischen 12 bis 25 Jahren betroffen. Die Prävalenz liegt in dieser Altersgruppe bei ca. einem Prozent.¹³ Die Prävalenz der Männer lässt sich schwieriger bestimmen. Sie schwankt je nach Studie zwischen fünf und zehn Prozent aller Essgestörten. Auch in manchen Berufsgruppen, wie z.B. bei Turnern, Skispringern Models oder Tänzern kommt die Anorexie häufiger vor als bei der Normalpopulation. Ein bekanntes Beispiel aus dem Skisport ist Sven Hannawald.¹⁴ Ursachen der Magersucht sind häufig die ungewollt fehlende Eigenständigkeit und Selbstbestimmung in der Kindheit.¹⁵

2.2 Bulimia nervosa

Die Bulimie (auch Ess-Brech-Sucht genannt) kann eine Folgeerkrankung der Magersucht sein. Sie wurde jedoch lange als Suberkrankung der Magersucht angesehen. Die Unterschiede zur Anorexie sind jedoch groß.

Die Krankheit zu diagnostizieren gestaltet sich oft als äußerst schwierig, da sich Betroffene oft schämen und ihre Bulimie weitestgehend vor Angehörigen verheimlichen. Dies gelingt meist eine lange Zeit, da Bulimiker oftmals, anders als Anorektiker, weniger durch ihr Gewicht auffallen.¹⁶ Diagnosekriterien für die Bulimie sind:

- ständig wiederholende Fressanfälle mit Einnehmen von hochkalorischen und leicht verschlingbaren Speisen in einer bestimmten Zeit (mindestens zwei Anfälle pro Woche über drei Monate hinweg)
- Gefühl von Kontrolllosigkeit während der Fressattacken

¹¹ Vgl. BZgA, ohne Jahr, S. 20 f.

¹² Vgl. Bader, 2006, S. 16

¹³ Vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 20

¹⁴ Vgl. Bader, 2006, S. 16

¹⁵ Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, S. 2 f.

¹⁶ Vgl. Bader, 2006, S. 23

- nach den Anfällen wird das Erbrechen selbst herbeigeführt, die Folgen des Fressanfalls werden durch Abführ- oder Entwässerungstabletten, Diät- oder Fastenphasen und/oder ständige Bewegung versucht zu neutralisieren
- ständige Auseinandersetzung mit Gewicht und Figur¹⁷

Die Bulimie nimmt viel Geld und Zeit in Anspruch. Der Tag wird bestimmt durch den Einkauf von Nahrungsmitteln. Die Folge daraus sind schwere finanzielle Probleme, die zu Verschuldung, Diebstahl (Nahrung oder Geld), Bettelei oder Ähnlichem führen können. Der soziale Abstieg ist vorprogrammiert.¹⁸ Wie bei der Anorexie verfügen auch Bulimiker häufig über einen guten Bildungsstand und gehen einer Erwerbstätigkeit nach. Dort ist ihre Krankheit nach außen hin nicht sichtbar, sie sind leistungsstark und arbeiten mit Ehrgeiz.¹⁹

Folgeschäden der Bulimie sind unter anderen Zahnschmelzschäden (aufgrund der erbrochenen Magensäure), Erweiterung der Magenwand (durch Unmengen von Essen), Entzündungen oder sogar Risse der Speiseröhre, aber auch Kalium- und Magnesiummangel, der zu Herzrhythmusstörungen führen kann. Der Mangel an Kalium kann auch zu Verstopfungen führen, die die Erkrankten mit Abführmitteln bekämpfen wollen und so den Weg, besonders durch Dosissteigerungen, in die Abhängigkeit ebnen. Hormonelle Störungen treten ebenso auf, so zum Beispiel das Ausbleiben der Menstruation, übermäßiges Schwitzen usw. Bei Männern kann die Ess-Brech-Störung zur Impotenz führen.²⁰ Bei Bulimiekranken kommt es sogar sehr häufig zu Komorbiditäten, also Begleiterkrankungen. Depressive Symptomatiken kommen bei der Hälfte der Fälle vor, ein Drittel missbraucht oder ist abhängig von Substanzen wie Alkohol oder anderen Stimulantien. Auch bei Männern findet sich durch fehlende Krankheitseinsicht der Substanzmissbrauch wieder, sowie Zwangsstörungen, Depressionen und sogar Persönlichkeitsstörungen.²¹ Bei 23,5 Prozent der von Bulimie betroffenen Männer wird sogar eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Feststellungsrate bei Frauen beträgt jedoch nur 8,8 Prozent.²²

Die Bulimie kommt in der Population häufiger vor als die Magersucht, besonders bei Frauen. Bevölkerungsstudien zufolge weisen rund ein halbes bis drei Prozent der

¹⁷ Vgl. BZgA, ohne Jahr, S. 18

¹⁸ Vgl. Bader, 2006, S. 24

¹⁹ Vgl. BZgA, ohne Jahr, S. 19

²⁰ Vgl. Bader, 2006, S. 26

²¹ Vgl. Bader, 2006, S. 25

²² Vgl. Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 368

Frauen im untersuchten Alter von 17 bis 35 Jahren eine Bulimia Nervosa nach DSM-IV- Kriterien in einem gewissen Zeitrahmen auf.²³ Besonders erschreckend ist, dass das Suizidrisiko eines von Bulimie Betroffenen bei zehn Prozent liegt und dass der Bulimie häufig ein sexueller Missbrauch im Kindes- oder Jugendalter zu Grunde liegt.²⁴ Die Krankheit hat eine Prävalenzrate von ein bis drei Prozent. Das Alter bei Diagnosestellung liegt bei ca. 22 Jahren, demnach einige Jahre über dem der Anorexia Nervosa.

Waren es bei der Magersucht noch weniger als zehn Prozent männlicher Betroffener, sind es bei der Bulimie mit 15 Prozent etwas mehr.²⁵ Interessant ist, dass Angehörige Essgestörter erhöhte Erkrankungsraten von depressiven Erkrankungen, Zwangserkrankungen, Angsterkrankungen, Substanzmissbrauch und Übergewicht zeigen.²⁶ Als Ursachen der Bulimie gilt besonders ein mangelndes Selbstwertgefühl, eine hohe Selbstunsicherheit sowie eine gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung. Familienbeziehungen sind meist ambivalent.²⁷

2.3 Adipositas

Bei einer vorliegenden Adipositas, auch Fettleibigkeit oder Fettsucht genannt, handelt es sich um starkes Übergewicht. Hierbei weist der Body-Maß-Index einen Wert von 30 oder mehr auf. Der Körperfettanteil übersteigt somit den eines Normalgewichtigen um ein Vielfaches.

Die Erkrankung gilt als chronisch. Auch bei dieser Krankheit ist auffällig, dass sie vor allem in den westlichen Industrieländern drastisch zugenommen hat²⁸, was wiederum wahrscheinlich mit dem Überfluss an Nahrungsmitteln zu begründen ist. Mit ausgewogener und regelmäßiger Ernährung sowie körperlicher Bewegung kann man der Nahrungsmittelindustrie mit ihrer bunten, oft viel zu ungesunden Vielfalt trotzen. Doch fällt der Schritt ins Fast Food - Restaurant oder in den Imbiss um die Ecke leider bei vielen Menschen einfacher als selbst gesund zu kochen. Statistiken haben ergeben, dass ca. ein Viertel aller Deutschen gelegentlich in Fast Food – Ketten wie Mc Donalds oder Burger King Mahlzeiten einnehmen. Vier Prozent genießen sogar

²³ Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 14 f.

²⁴ Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, S. 3

²⁵ Vgl. Tuschen- Caffier u.a., 2005, S. 16 f.

²⁶ Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 15

²⁷ Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, S. 3 f.

²⁸ Vgl. Gesundheitsportal Onmeda, 2009 (URL)

regelmäßig das „Schnelle Essen“.²⁹ Um einer Krankheit wie Adipositas vorzubeugen, muss schon im Kleinkindalter begonnen werden, die Kinder gesund zu ernähren. Obst und Gemüse statt Burger und Pommes!

Der Körper kann eine übermäßige Menge Energie (Fette, Kohlenhydrate), die in Form von Kalorien zu sich genommen wird, nicht verbrauchen. Als Konsequenz vergrößern sich die Fettzellen und das Hormon Insulin, das zur Kontrolle des Blutzuckers nötig ist, kann sich nicht mehr richtig anlagern. Der Blutzucker, der durch die Nahrungsaufnahme ansteigt, kann nicht mehr genügend verarbeitet werden. Dadurch steigt das Hungergefühl an.³⁰

Die Gefahr, Diabetes Mellitus zu entwickeln, ist sehr hoch. Weitere Krankheiten, die sich bei einer Adipositas bilden können, sind Schlaganfälle, Gallensteine, Bandscheibenvorfälle, vorzeitiger Gelenkverschleiß, sowie Zyklusstörungen und Schwangerschaftskomplikationen bei Frauen. Neben diesen körperlichen Folgen treten aber auch psychosoziale Folgen auf. Dazu zählen unter anderem Depressionen, da Betroffene häufig sozial ausgegrenzt werden, oder sich auch selbst ausgrenzen, weil sie sich für ihr Gewicht schämen. In einer Gesellschaft, in der Schlankheit das vorherrschende Schönheitsideal ist, fühlen sich Adipöse als Verlierer oder Ausgegrenzte, weshalb ihr Selbstbewusstsein sinkt.³¹ Eine eingeschränkte körperliche Beweglichkeit belastet zusätzlich seelisch, da deshalb eine gewisse Lebensqualität verloren geht.³²

Von Adipositas sind vor allem immer mehr Kinder betroffen, denn sie übernehmen das Essverhalten ihrer Eltern. Es wird angenommen, dass ca. 80 Prozent der Kinder adipöser Eltern auch zu Übergewicht neigen. Die Kinder sitzen heutzutage oft vor dem Computer oder stundenlang vor dem Fernseher statt an die frische Luft zu gehen und sich zu bewegen. Besonders häufig tritt die Krankheit in sozial schwächeren Familien auf.³³

Zur Epidemiologie lässt sich sagen, dass die Zahl der Betroffenen immer weiter wächst, besonders Kinder sind immer mehr betroffen. Die Zahl der Männer und Frauen liegen ungefähr gleichauf, sodass sie von Adipositas in etwa gleichem Maße

²⁹ Vgl. Statista, ohne Jahr (URL)

³⁰ Vgl. Gesundheitsportal Onmeda, 2009 (URL)

³¹ Vgl. Franke, 2002, S. 363

³² Vgl. Gesundheitsportal Onmeda, 2009 (URL)

³³ Vgl. Beratung und Therapie Online, 2007 (URL)

betroffen sind.³⁴ Die meisten Menschen mit Übergewicht leben in den USA, aber auch in Europa wird im Jahr 2030 schätzungsweise die Hälfte der Bevölkerung übergewichtig sein.³⁵

2.4 Binge Eating Disorder

Dieses Krankheitsbild ist bei den psychogenen Essstörungen am wenigsten erforscht, denn erwiesene Diagnosekriterien sind noch nicht bekannt. Die Krankheit wird oft mit Adipositas oder Übergewicht verwechselt, was aber falsch ist.³⁶ Jedoch ist die Binge-Eating-Störung des Öfteren mit Übergewicht und Adipositas verbunden, denn Betroffene nehmen fettige Speisen mit einer enormen Kalorienanzahl zu sich, ohne sie, wie bei der Bulimia Nervosa üblich, wieder zu erbrechen.³⁷

In der ICD-10 ist die Binge Eating Disorder nicht angegeben. Doch aus dem DSM-IV konnten nachfolgende Forschungskriterien zitiert werden:

A) Wiederholte Episoden von „Essanfällen“. Eine Episode von „Essanfällen“ ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:

1. Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z.B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
2. Ein Gefühl des Kontrollverlusts über das Essen während der Episode (z.B. ein Gefühl, das man mit dem Essen nicht aufhören kann, was und wie viel man isst):

B) Die Episoden von „Essanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens 3 der folgenden Symptome auf:

1. wesentlich schneller essen als normal,
2. essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl,
3. essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
4. alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst,

³⁴ Vgl. Franke, 2002, S. 362

³⁵ Vgl. Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 360

³⁶ Vgl. BZgA, ohne Jahr, S. 22

³⁷ Vgl. Tuschen-Caffier u.a., 2005, S. 14 f.

5. Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen.
- C) Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.
- D) Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen in der Woche während mindestens 6 Monaten auf.
- E) Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.³⁸

Betroffene haben aufgrund des Übergewichts ein erhöhtes Risiko, an Bluthochdruck, Diabetes, Wirbelsäulenschäden, Schlaganfällen und Herzinfarkten zu erkranken.³⁹ Die Prävalenzrate der Normalbevölkerung liegt bei zwei Prozent, davon sind ca. ein Drittel Männer.⁴⁰

2.5 Essstörungen bei Männern

Bisher wurde in der Forschung der Schwerpunkt bei Essstörungen auf Frauen gesetzt. Über die Besonderheiten von Essstörungen bei Männern ist noch wenig bekannt⁴¹, dabei wurde schon im Jahr 1689 ein Fall von Essstörung bei einem Mann von einem englischen Arzt beschrieben.⁴²

In der breiten Öffentlichkeit, in Funk und Fernsehen, hört man kaum von essgestörten Männern. Dies lässt sich wahrscheinlich auf die niedrige Prävalenzrate von fünf bis zehn Prozent zurückführen, doch die Anzahl der Dunkelziffer liegt vermutlich weit höher und es wird laut Experten in Zukunft mehr betroffene Männer geben. Aber es gibt kaum wissenschaftliche Veröffentlichungen zu diesem Problem.

Da es sich bei Essstörungen um typische Frauenkrankheiten handelt, stellt es für die Männer ein großes Problem dar, sich an Beratungsstellen zu wenden.⁴³ Oft wird dann eine Depression oder Zwangserkrankung diagnostiziert.⁴⁴ Auch der Berliner Forscher Werner Köpp sagt: „Es gibt deutliche Hinweise, dass diese sonst typischen Frauen-

³⁸ Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 15

³⁹ Vgl. BZgA, 2008, S. 16

⁴⁰ Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, S. 4

⁴¹ Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 9

⁴² Vgl. Bader, 2006, S. 4

⁴³ Vgl. Bader, 2006, S. 4 ff.

⁴⁴ Vgl. Weber, 1998, S. 31

krankheiten bei Männern neuerdings häufiger auftreten".⁴⁵ Köpp war an einer großen wissenschaftlichen Studie zu Essstörungen, die von 1993 bis 1998 durchgeführt wurde, beteiligt. Außerdem sagt Köpp: „Und obwohl mehr als 95 Prozent der Betroffenen Frauen sind, kommen auch immer mehr Männer mit Essstörungen zur Behandlung, vor allem mit Bulimie.“⁴⁶

In der Studie stellte sich auch heraus, dass bulimische Männer häufiger bi- oder homosexuell sind als Frauen mit derselben Essstörung und sich stark am Schlankeitsideal messen.⁴⁷ Für homosexuelle Männer ist das äußere Erscheinungsbild besonders wichtig, wodurch sie im Gegensatz zu heterosexuellen Männern gefährdeter sind eine Essstörung zu entwickeln.⁴⁸ Eine Untersuchung stellte fest, dass Männlichkeit tendenziell vor Essstörungen schützt und Weiblichkeit gefährdet, das heißt, homosexuelle Männer und heterosexuelle Frauen haben ein erhöhtes Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, als heterosexuelle Männer und homosexuelle Frauen.⁴⁹ Homosexuelle Betroffene weisen oft mehr Depressivität und essstörungsspezifische Psychopathologie auf als heterosexuelle Männer.

Spezielle Therapien für Männer gibt es bislang nicht, sie werden in Fachkliniken zusammen mit essgestörten Frauen behandelt. Begleiterscheinungen der Anorexie bei Männern sind mangelnde Testosteron-Sekretion, Libidoverlust und Impotenz.⁵⁰ Studien nach Herzog, Bradburn und Newmann beweisen, dass magersüchtige Männer größere Ängste vor Sexualität haben als anorektische Frauen und auch weniger sexuell aktiv sind.⁵¹ Außerdem führt extremes Untergewicht genauso wie bei Frauen zu Osteoporose.⁵²

⁴⁵ Psychotherapie, 2000 (URL)

⁴⁶ Psychotherapie, 2000 (URL)

⁴⁷ Vgl. Psychotherapie, 2000 (URL)

⁴⁸ Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 9

⁴⁹ Vgl. Bader, 2006, S. 10

⁵⁰ Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 9

⁵¹ Vgl. Bader, 2006, S. 17

⁵² Vgl. Schweiger u.a., 2003, S. 9

3. Männliche Sozialisation

3.1 Definition Sozialisation

Als Sozialisation versteht man Prozesse des Aufwachsens der Menschen in Wechselbeziehung mit der stofflichen und der sozialen Umwelt, sowie mit sich selbst. Sozialisation ist der Prozess, in dem sich der menschliche Organismus zu einer sozial handlungsfähigen und identischen Persönlichkeit herausbildet. Soziologisch betrachtet bedeutet Sozialisation die Integration des Menschen in die kulturell vorgeschriebenen sozialen (Rollen-) Systeme. Die soziale und die personale Identität werden in den unterschiedlichen Lebensaltern ständig neu gestärkt und geformt. Von der Kindheit bis hin zum Erwachsenenalter steht die Bildung einer sozial handlungsfähigen Persönlichkeit im Vordergrund, im Erwachsenenalter und später dann im Alter werden bereits bestehende Identitätsstrukturen modifiziert und weitergebildet.⁵³

3.2 Die ersten Lebensjahre eines Jungen

Schon in den ersten Lebensjahren wird es schwer für Jungen, denn die Symbiose zwischen Mutter und Sohn wird gelöst. Bis zum zehnten Monat können sich Jungen nicht von ihrer Mutter unterscheiden, danach baut sich der Junge eine neue, eigene, geschlechtliche Identität auf. Diese Zeit der Identitätssuche ist nicht leicht. Jungen im Kleinkindalter wollen sich einerseits von der Mutter distanzieren, in dem sie sich in starke Rollen wie Cowboys, Polizisten oder Superhelden verwandeln und damit Männlichkeit vermitteln wollen, andererseits braucht das Kind natürlich auch die körperliche Nähe zur Mutter.

Der durch die Ablösung von der Mutter hervorgerufene Identitätsbruch, in dem die Kinder versuchen, eindeutig zu versichern, zu welchem Geschlecht sie gehören, wird jedoch von Erwachsenen oft nicht ernst genommen.⁵⁴ Nachdem sich der Junge erfolgreich aus dem symbiotischen Verhältnis zur Mutter gelöst hat, treten Autonomiewünsche auf, die leicht mit den Vorstellungen der Mutter kollidieren können, da sie vielleicht nicht ihren Idealen entsprechen. Man kann diesen Machtkampf, in dem der Sohn selbstständig sein möchte, eigene Entscheidungen trifft und damit die Machtansprüche der Mutter in Frage stellt, als „Trotzphase“ bezeichnen. Das Verhal-

⁵³ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 13

⁵⁴ Vgl. Schnack, Neutzling, 1990, S. 16 ff.

ten der Mutter gegenüber dem Sohn ist ambivalent, sie will gleichzeitig einen Sohn, mit dem sie kuscheln kann, aber auch einen, der Männlichkeit ausstrahlt. Richtig ist häufig beides nicht. So sind viele kleine Jungs im Kindergarten der „King“, zu Hause dann aber liebebedürftig. Die Kindergartenzeit bleibt für viele Männer auch maßgebend für ihr weiteres Leben.⁵⁵ Man kann also hier das Berufsleben dem Kindergarten gleichsetzen und das Privatleben dem kuscheln mit der Mutter.

Doch was ist mit dem Vater? Nach der klassischen Psychoanalyse gewinnt der Vater erst ab dem dritten Lebensjahr des Kindes an Bedeutung. Er wird von dem Jungen als Rivale angesehen, mit dem er um die Gunst der Mutter buhlt, ist aber ebenso Identifikationsobjekt für das Kind. Auch der Vater kann dem Kind, das schon nach wenigen Lebensmonaten den Vater von der Mutter unterscheiden kann, Befriedigung und Wärme geben, als Ergänzung zur Mutter. Der Vater soll dem Jungen dabei helfen, die bestehende enge Beziehung zur Mutter aufzulockern. Je eher das Kind den Vater als liebevollen Mensch einstuft, umso leichter fällt dem Kind der nötige Loslösungsprozess. Doch leider ist es auch Tatsache, dass sich viele Väter frühzeitig von der Familie zurückziehen, sich in den Beruf stürzen und somit auch nur eine randständige Position in der Familie haben. Dies ist deprimierend für kleine Jungs, denn sie wollen sich durch ihren Vater geschlechtlich identifizieren. Trotzdem wird der Sohn seinen Vater als den allerbesten sehen. Für seine Abwesenheit werden sich dann natürlich gute Gründe ausgedacht.⁵⁶

Auch wenn der Vater eine nicht unbedeutende Rolle spielt, läuft frühkindliche Sozialisation in einer Alltagswelt ab, die deutlich von Frauen dominiert wird. Dies dauert bis ca. zum Ende der Grundschulzeit an. Die Welt der Kinder ist vor allem durch die Mutter bestimmt, große Einflüsse haben aber auch Lehrerinnen, Erzieherinnen und Nachbarinnen. Männer sind in diesen Bereichen folglich eher wenig präsent.⁵⁷

3.3 Der Weg zur Männlichkeit

Das Fundament, ein Mann zu werden, wurde, wie zuvor beschrieben, in der Kindheit gelegt. Die ödipale Phase, in der kindlich-sexuelle Phantasien auf die Mutter gerich-

⁵⁵ Vgl. Schnack, Neutzling, 1990, S. 22 ff.

⁵⁶ Vgl. Schnack, Neutzling, 1990, S. 26 ff.

⁵⁷ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 63

tet sind („Ich heirate später einmal meine Mutter“) liegt hinter dem Kind.⁵⁸ Nun gliedern sich die Kinder, im Alter von ca. fünf bis zehn Jahren, in die Gesellschaft ein, eignen sich die jeweilige Kultur an und modifizieren, stabilisieren und entwickeln frühkindliche Grundlagen weiter. Das heißt, sie nehmen interessiert auf und erlernen viel von dem, was sich ihnen eröffnet und integrieren dies gleich psychosozial.⁵⁹ Die Entwicklung einer sicheren Geschlechtsidentität findet bei Jungen zwischen dem fünften und siebten Lebensjahr statt, in der, laut Kohlberg, „konkreteoperationalen“ Phase. Nachdem das Kind zwischen dem zweiten und fünften Lebensjahr, in der „präoperationalen“ Phase, die biologischen Geschlechtsunterschiede zuordnen konnte, ist es dem Kind nun möglich, geschlechtsspezifische Wertigkeiten wahrzunehmen. So wird eine Frau als fürsorglich, freundlich, schwächer und schlechter angesehen. Ein Mann jedoch als aggressiv, bestimmend sowie kompetenter und besser.⁶⁰

In der Pubertät läuft der sexuelle Reifungsprozess dann allerdings, anders als in der frühkindlichen Reifezeit, über die familiäre Umgebung hinaus, nun wird er von institutionellen Einflüssen wie Kindergarten, Schule oder von Peer-Groups beeinflusst. Im Kindergarten imitieren Jungen geschlechtstypische Verhaltensweisen und stellen sich als groß und stark dar. Dieses Verhalten, mitunter auch aggressiv, wird von Erzieherinnen geduldet oder sogar gefördert. In der Schule ist es ähnlich, Zurechtweisungen von Seiten der Lehrkräfte sind oft laut und geschehen vor der gesamten Klasse. Dies wirkt als indirekte Bestätigung für das Verhalten statt als Bestrafung.⁶¹

Mit steigendem Schulalter kommt es zur Bildung von Cliques, sogenannten Peer-Groups. Diese Gleichaltrigengruppen ermöglichen den Jugendlichen einen Kontrast zur Erwachsenenwelt, zur Welt ihrer Eltern. In diesen Gruppen können sie alterstypische Probleme mit Eltern, mit Mädchen und Sexualität oder andere Schülerprobleme untereinander besprechen. Jungengruppen unterscheiden ganz klar von Mädchengruppen, z.B. wenn es um Mode- oder Musikgeschmack geht. Außerdem dient die Peer-Group auch dem Heraustreten aus dem familiären Umkreis. Die Jugendlichen lernen ständig neue Leute kennen, aber auch andere Normen und Werte, sowie Verhaltensweisen und Weltanschauungen. Die Jungen lösen sich innerhalb ihrer Gruppe

⁵⁸ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 54 f.

⁵⁹ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 77

⁶⁰ Vgl. Bader, 2006, S. 101

⁶¹ Vgl. Bader, 2006, S. 105 f.

von weiblichen Verhaltensweisen, die sie von der Mutter kennen, um nicht als „weibisch“ hingestellt zu werden.⁶²

Solch eine Peer-Group kann man gut als Übungsfeld für soziale Umgangsformen sehen. Die Jugendlichen erfahren innerhalb der Gruppe, wie man mit Konflikten umgeht, wie man kommuniziert und aufeinander zugeht. Aber da wir von männlichen Peer-Groups reden, bleiben natürlich typisch männliche Verhaltensweisen nicht aus, so zum Beispiel aggressives Verhalten, sich beweisen müssen oder das Anmachen von Mädchen. Die Gleichaltrigengruppe unterstützt sich also unter anderem dabei, sich zu einem „traditionellen“ Mann zu entwickeln. Dies wird oft nach außen hin, beispielsweise durch Statussymbole wie getunte Autos, Motorräder oder Alkohol, symbolisiert. Die männliche Peer-Group will sich klar von ihrem Pendant, der Mädchen-Clique und deren typischen Verhaltensmustern wie Schminken, Tanzen usw. abgrenzen. Deshalb wird weibliches Gehabe ausgeschlossen, männliche Umgangsformen werden angeeignet.⁶³ Dennoch sind Mädchen nicht ganz unwichtig, sie spielen bei der Herstellen zur Identität als Mann eine große Rolle. Sie gelten als Statussymbol, mit ihnen wollen Jungen aber auch ihre Sehnsüchte nach Geborgenheit, Nähe, Zärtlichkeit und Sexualität teilen.⁶⁴

Jugendliche können aber auch grausam untereinander sein, schwächere oder nicht-männlich auftretende Jungs werden verspottet.⁶⁵ Das ständige Gespött in der Gruppe oder durch eine Gruppe kann eine direkte Ursache sein, dass Mobbing-Opfer an einer Essstörung erkranken.⁶⁶

In Österreich gibt es ein Trainingsmodell, in dem der jeweilige Gruppenleader einer Peer-Group in Workshops, ermöglicht durch das Ministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, zu Themen wie Sexualität, Suchtthematiken, sowie Körperwahrnehmungen und Essstörungen u.a., gefördert bzw. geschult wird, um sein neues Wissen an seine Gruppenmitglieder weiterzugeben. Ziel dieser sogenannten Peer-Group Education ist es, den Jugendlichen positive Lebensstrategien zu vermitteln, um vernünftig mit Krisen umzugehen und Suchtverhalten noch vor Entstehung zu verhindern. Dieses Modell ist seit einigen Jahren sehr erfolgreich in unse-

⁶² Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 80 f.

⁶³ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 81 ff.

⁶⁴ Vgl. Bader, 2006, S. 108

⁶⁵ Vgl. Böhnisch, Winter, 1994, S. 84

⁶⁶ Vgl. Stangl, 2009 (URL)

rem Nachbarland, pro Jahr nehmen ca. vierzig Jugendliche an diesem Projekt teil.⁶⁷ Als präventive Maßnahme wäre ein solches Trainingsmodell auch für die Bundesrepublik Deutschland zu empfehlen.

3.4 Die Familie als Auslöser einer Essstörung?!

In Familien von anorektischen Patienten ist vor allem auffällig, dass sie nach außen hin den Anschein erwecken, erfolgreich, gut bürgerlich und harmonisch zu sein. Bei den Kindern wird besonders auf gutes Benehmen und Erfolg in der Schule Wert gelegt, Liebe und Zuwendung werden durch gute Leistungen verdient. Kinder wollen natürlich die größtmögliche Zuwendung ihrer Eltern, und so wächst bei ihnen der innere Druck, besser als die anderen sein zu wollen. Durch diese enorme familiäre Leistungsorientierung versuchen die Kinder, leistungsstark und perfekt zu sein, Schwächen werden nicht gezeigt. Dies und die zusätzliche Orientierung am äußeren Erscheinungsbild, führen häufig zu verborgenen Ängsten und einem unterkühlten Verhältnis zur Mutter oder zu beiden Elternteilen. Die Ängste sind zumeist die Folge der vielen Regeln und Gebote innerhalb der Familie, die sich meistens hinter Begriffen wie „Selbstverständlichkeit“ oder „Rücksichtnahme“ verbergen. Die Kinder haben dann ständig Angst, gegen Regeln zu verstoßen, denn sie wollen nicht den Groll ihrer Eltern spüren.

Des Weiteren ist in diesen Familien eine besondere Überfürsorglichkeit zu erkennen, besonders von der Mutter. Die Kinder sollen möglichst wenig den Gefahren der Außenwelt ausgesetzt werden. Gerade deshalb ist es Anorektikern oft nicht möglich, selbständig zu werden. Die elterlichen Ängste übertragen sich automatisch auf das Kind, wodurch ihnen der Kontakt zu Gleichaltrigengruppen häufig erschwert ist und sie eher häuslich sind. Außerdem fühlen sich die Erkrankten meistens verantwortlich für den familiären Zusammenhalt und wollen durch ihre Magersuchtsymptome von Konflikten ablenken, denn Gefühle wie Wut, Hass, Ärger, Neid sind unerwünscht. Aggressionen werden dadurch verdrängt, gleichzeitig aber auch verstärkt, denn Konflikte werden nicht offen ausgetragen und werden aufgrund dessen nicht gelöst.

In Magersuchtfamilien sind häufig auch Koalitionen eines Elternteils mit dem Kind zu beobachten. In Konfliktsituationen buhlen Mutter oder Vater förmlich um die

⁶⁷ Vgl. Stangl, 2009 (URL)

Gunst des Kindes, um sich mit ihm zu verbünden. Dann ist das Kind der Partner für beide und es kommt zu einer sogenannten Triangulierung. Das Kind ist aber einer ständigen emotionalen Unsicherheit ausgesetzt, da es nicht weiß, wie lange das Bündnis hält. Solange dient es dem Elternteil als emotionale Stütze, als Partner/in und nimmt somit gezwungenermaßen eine Erwachsenenposition ein, der das Kind nicht gewachsen ist. Diese Triangulierung ist oft mit schon schweren Magersuchtsercheinungen verbunden und wird dadurch noch weiter verstärkt.

Überwachung und Kontrolle sind weitere Schlüsselworte im Kontext. So wird auch das Essen kontrolliert und zugeteilt, es wird mit der Mutter- oder Elternliebe gleichgestellt. Wird das Essen abgeschlagen, kommt dies einer Zurückweisung der Beziehung gleich. Da Magersüchtige ihre Aggressivität aufgrund der Aufrechterhaltung der Harmonie in der Familie unterdrücken müssen, bestrafen sie ihre Eltern mit ihrer Krankheit. So bekommen sie die gewünschte Aufmerksamkeit, fraglich ist jedoch, ob wegen ihrer Selbst, oder nur wegen ihren Symptomen.⁶⁸

Bei bulimischen Patienten hingegen fallen weniger familiäre Muster auf. Dies kann mitunter am höheren Erkrankungsalter liegen, da die äußere Trennung von der Familie meistens schon vollzogen ist. Jedoch stellte sich bei Untersuchungen heraus, dass die Atmosphäre innerhalb der Familie einen großen Einfluss auf die Bulimie nehmen kann. Ein großer Unterschied zur anorektischen Familie besteht darin, dass Konflikte in bulimischen Familien offen ausgetragen werden und der Familienzusammenhalt bedeutend geringer ausgeprägt ist. Doch trotz den offen ausgetragenen Konflikten kommt es auch hier nur selten zu förderlichen Lösungen, da sich die einzelnen Familienmitglieder oft gegenseitig abwerten und beschuldigen. Wut, Zorn oder abweisendes Verhalten werden in bulimischen Familien sogar begrüßt, es wird als Zeichen von Stärke angesehen. Wie bei Familien von Magersüchtigen, finden auch hier Grenzüberschreitungen statt. Dabei wird die Autonomie des Kindes jedoch nicht eingengt, sondern hier wird in die Privatsphäre des Kindes eingedrungen. Das Kind wird bloßgestellt oder emotional vernachlässigt. Vielleicht lässt sich damit erklären, dass Bulimiker zu Alkohol- oder Substanzmissbrauch und Gewalttaten mit selbstschädigendem Charakter neigen. In der Familie sind diese Handlungen bekannt, werden jedoch nicht nach außen getragen um den Schein zu wahren.

⁶⁸ Vgl. Bader, 2006, S. 49 ff.

Außerdem fehlt es diesen Familien, anders als bei der Magersucht, oft an elterlicher Fürsorge. Wünschen sich Bulimiker Selbstentfaltung, werden sie von den Eltern nicht dabei behindert, sondern vernachlässigt und sogar belächelt. Triangulierungen sind auch in bulimischen Familien zu beobachten, meist äußert sich dies in Vater-Tochter-Beziehungen, in der die Tochter eine emotionale Ersatzfunktion für unbefriedigte Bereiche des Ehelebens des Vaters einnimmt. Es kann sogar in manchen Fällen zu inzestuösen Handlungen kommen, meistens ist die Tochter aber nur „Papas kleine Prinzessin“ und versucht ihrem Vater alles recht zu machen.⁶⁹

Es ist eindeutig, dass Spannungen innerhalb der Familie zu Essstörungen wie Magersucht oder Bulimie führen können. Problematisch wird es dann, wenn Konflikte nicht geklärt werden und im Raum stehen bleiben. Leistungsdruck und übermäßige Beschäftigung mit dem Körperbild begünstigen den Ausbruch eines gestörten Essverhaltens zusätzlich.

3.5 Die Situation in Eineltern-Familien

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es derzeit 13 Prozent Eineltern-Familien, in den neuen Bundesländern liegt der Anteil bei 18 Prozent. Dabei liegt die Zahl der alleinerziehenden Mütter (82%) wesentlich höher als bei den alleinerziehenden Vätern (18%).⁷⁰

Die Form dieser Familie ist nicht neu, aber die Ausgangslage. Früher zogen vor allem in der Nachkriegszeit verwitwete Frauen ihre Kinder groß, heute liegt es an der wachsenden Scheidungsrate und der ansteigenden Zahl unehelicher Kinder. Dies kann an der steigenden Akzeptanz der Gesellschaft einer außer-ehelichen Elternschaft liegen. Es muss aber auch auf die Erschwernisse hingewiesen werden, mit denen Alleinerziehende zu kämpfen haben. Sie müssen über ein angemessenes Einkommen verfügen, um den Bedürfnissen der Kinder gerecht zu werden und ihnen tagsüber eine Betreuung zu gewährleisten oder Schulkindern Bücher usw. zu finanzieren. Die Verknüpfung von Familie und Job ist für Alleinerziehende oft besonders schwer.⁷¹

⁶⁹ Vgl. Bader, 2006, S. 55 ff.

⁷⁰ Vgl. Hammer, 2009 (URL)

⁷¹ Vgl. Neubauer, 1989, S. 7

Für die Kinder ist es auch nicht leicht, plötzlich nur noch von einem Elternteil erzogen zu werden. Es bedeutet eine Menge Veränderungen, meist negative. So zum Beispiel eine Verschlechterung der materiellen Lage, Wohnortwechsel und damit verbunden auch eine sozio-emotionale Isolierung. Das jeweilige Elternteil ist dazu auch gezwungen, die Rolle des anderen Geschlechts einzunehmen, so müssen zum Beispiel Mütter väterliche Autorität ausstrahlen und sich einen Arbeitsplatz suchen, Väter müssen den Haushalt führen. Oft plagen Väter Ängste, ihrem Kind nicht die nötige Zuwendung zu geben, die sie brauchen. Die Rollen Anpassung fällt Vätern zumeist leichter, wenn sie schon vor der Trennung von der Frau aktiv am Familienleben und im Haushalt teilnahmen. Häufig teilen die Kinder die Belastungen, die mit der Veränderung der Lebenssituation daher kommt, mit dem jeweiligen Elternteil.

Diese Belastungen wirken sich nicht selten auf die soziale Umwelt aus, wie beispielsweise in der schulischen Leistung. Besonders kommt dies bei Kindern vor, die vorher ein gutes Verhältnis zu beiden Elternteilen hatten, und wobei es durch plötzliche Trennung zu einem Bruch mit einem Elternteil kommt. Doch schon regelmäßige Kontakte zum abwesenden Elternteil begünstigen das Verhältnis zu ihm und stärken neben den familiären Beziehungen auch das Selbstwertgefühl des Kindes. Geraten Kinder andererseits aber, vielleicht unfreiwillig, als Bündnispartner eines Elternteils in einen Konflikt mit hinein oder werden mit nicht verarbeiteten Schuld- oder Trauergefühlen allein gelassen, kann die psycho-soziale Entwicklung belastet werden, denn der Verlust eines Elternteils, entweder durch Trennung oder Tod, kann Depressionen, Schockzustände oder Verlustängste und Verhaltensstörungen mit sich bringen.⁷² An dieser Stelle ist es denkbar möglich, dass z.B. Scheidungskinder eine Essstörung entwickeln, weil sie die Trennung der Eltern nur schwer überwinden können.

Die Familienform des alleinerziehenden Vaters ist die am schnellsten wachsende in der Bundesrepublik, mit einer Rate von 13 Prozent. Aufgrund hoher Scheidungs- und Trennungsraten ist die Tendenz allerdings ansteigend. Alleinerziehende Väter sind in allen gesellschaftlichen Schichten gegenwärtig, wobei kein Unterschied zwischen Einkommen, Bildungsgrad und sozialer Herkunft vorhanden ist.⁷³ Trotz diesen Erkenntnissen ist die Form des alleinerziehenden Vaters noch relativ unerforscht. Es steht so viel fest, dass Männer anders mit Kindern umgehen, aber mit Sicherheit

⁷² Vgl. Neubauer, 1989, S. 94 ff.

⁷³ Vgl. Familie-und-Tipps.de, 2008 (URL)

nicht schlechter. Sicher ist auch, dass Väter positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl des Kindes haben und auch maßgeblich an der Charakterbildung beteiligt sind. Außerdem setzen Väter eher weniger auf Emotionalität als auf Sachlichkeit, was Jungen und Mädchen gleichermaßen zu gute kommt.⁷⁴ Im Grunde müssen alleinerziehende Väter die gleichen Probleme bewältigen wie alleinerziehende Mütter. Sie müssen neben der Vaterrolle auch die der Mutter übernehmen, das heißt den Haushalt übernehmen, mit den Kindern Hausaufgaben machen, deren Freizeit mit gestalten und nebenbei auch noch arbeiten gehen, was als Alleinerziehender oft schwierig ist.

Eine Umfrage im Jahr 2008 hat ergeben, dass 37 Prozent aller Alleinerziehenden fürchten, nicht genügend Zeit für ihre Kinder zu haben. Ein Drittel von ihnen berichtet über Probleme mit ihren Kindern. Alleinerziehende nehmen auch mehr Hilfen zur Erziehung nach dem Kinder- und Jugendhilferecht (SGB VIII) in Anspruch als (Ehe-) Paare. Dies können Hilfen von der Beratung bei Schulproblemen bis hin zur Unterbringung im Heim sein. In 60 Prozent der Fälle handelt es sich um Erziehungsberatungen. Fast ein Viertel der Fälle nimmt ambulante Hilfen in Anspruch, wie zum Beispiel Familienunterstützung oder Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte). Knapp ein weiteres fünftel benötigt Maßnahmen der Vollzeitpflege und der Heimerziehung. Alles in allem betrachtet ist die Wahrscheinlichkeit dreimal so hoch, dass Alleinerziehende Eltern Hilfen zur Erziehung in Anspruch nehmen im Gegensatz zu zusammenlebenden Eltern.⁷⁵

⁷⁴ Vgl. Blaß, 2009, (URL)

⁷⁵ Vgl. Family Fair, 2009, (URL)

4. Körperbewusstsein von Männern

4.1 Schönheitsideal

Das Schönheitsideal hat sich während der letzten Jahrhunderte ständig geändert. Maßgeblich verantwortlich für die Definition des jeweiligen Schönheitsideals waren die Menschen der Oberschicht, um sich von der Unterschicht klar abzuheben. Dies geschah besonders durch die getragene Kleidung.⁷⁶

So treten Essstörungen auch nur in Gesellschaften mit einem reichlichen Angebot an Nahrungsmittel auf. Denn in Ländern oder Gesellschaften, wo Menschen hungern, gelten beleibtere als reich, wodurch niemand auf den Gedanken kommt dünn sein zu wollen. Dies war zum Beispiel im Zeitalter des Barock der Fall, wo eine üppige, wohlgeformte Figur angesehen war, da sie von Wohlstand zeugte. Auch dort, wo Übergewicht nicht kritisch betrachtet wird, fehlt das Bestreben schlank sein zu müssen.⁷⁷ In unserer Gesellschaft schwankte das Schönheitsideal in den letzten 50 Jahren erheblich zwischen schlank und korpulent. In Kriegszeiten waren natürliche, mollige Formen in Mode, da diese nicht für Elend sprachen. Dies änderte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, denn in dieser Zeit wurde Wert auf eine dünne Figur gelegt und auch die Männer passten sich dem gültigen Schönheitsideal immer mehr an.⁷⁸

Dicke Menschen werden nun nicht mehr als gutmütig, gemütlich oder humorvoll angesehen wie noch vor ca. dreißig Jahren, sondern gelten heute als faul, träge, wenig unternehmungslustig und sexuell unattraktiv.⁷⁹

Heute messen sich die Menschen an Hollywoodstars, sowie an Stars aus der Musikbranche und dem Sport. Sie setzen die Trends, denen besonders Jugendliche und junge Erwachsene folgen. Verantwortlich dafür sind eindeutig die Massenmedien zu denen heutzutage jedermann Zugang hat, aber auch Jugendzeitschriften wie Bravo, Yam!, Popcorn etc., in denen die Stars mit ihren fitten Körpern neue Trends setzen.⁸⁰

Besonders eifern aber Frauen den gängigen Schönheitsidealen nach, jedoch fangen auch immer mehr Männer an, ihren Körper, aber auch sich selbst, als Gegenstand zu

⁷⁶ Vgl. Bader, 2006, S. 65

⁷⁷ Vgl. Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 359

⁷⁸ Vgl. Portal der Schönheit, 2010 (URL)

⁷⁹ Vgl. Hurrelmann, Kolip, 2002, S. 359

⁸⁰ Vgl. Bader, 2006, S. 70 f.

sehen. Man sieht sich dann oft aus Sicht anderer, will sich anpassen und beginnt zu- meist eine Diät.⁸¹ Doch immer mehr Männer (besonders Stress-Geplagte Karriere- männer) greifen auch zu drastischeren Mitteln und gehen zum Schönheitschirurgen, um sich die Stirn zu liften oder Tränensäcke oder Doppelkinn entfernen zu lassen. Schließlich hat man mit einem attraktiven und fitten Äußeren bessere Chancen in der Arbeitswelt und ebenso bei der Partnerwahl. Jedenfalls wird es so empfunden. Auch vor Fettabsaugungen, Faceliftings, Haartransplantationen, sowie Waden-, Brust- und Gesäßimplantate machen Männer nicht mehr halt.

Laut einer Umfrage der Zeitschrift „Men’s Health“ aus dem Jahre 1996 gehen ca. 20 Prozent der amerikanischen Männer regelmäßig zur Mani- und Pediküre, tragen sich Schlammmasken im Gesicht auf und lassen professionelle Gesichtsbearbeitungen über sich ergehen. Eine andere Umfrage hat zu Tage geführt, dass sechs Prozent der Männer Frauenprodukte wie Bräunungscremes und Grundierungen benutzen, um jugendlicher auszusehen.⁸² Ein fitter, durchtrainierter Körper überspielt natürlich auch leicht Unsicherheiten des alltäglichen Lebens, strapaziert aber auf körperlicher, emotionaler und finanzieller Ebene.⁸³

Das Geschäft mit Fitnessstudios explodierte in den letzten dreißig Jahren geradezu. In den fünfziger und sechziger Jahren machten sich Männer kaum Gedanken um ihre Muskeln und gaben ihr schwer verdientes Geld anderwärtig aus statt für Eiweißshakes, Mitgliedschaftskosten für Fitnessclubs oder Kraftgeräte für daheim. Sie interessierten sich nicht dafür, wie viel Körperfett sie haben. Heutzutage ist das anders. In einer 1997 durchgeführten Untersuchung von „Psychology Today“ mit 548 Männern kam heraus, dass 43 Prozent der Männer mit ihrem äußeren Erscheinungsbild unzufrieden sind (1972 waren es nur 15 Prozent!). Selbst sechsjährige Jungen äußern schon den Wunsch, gut und muskulös gebaut sein zu wollen. Neben der häufig großen Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper haben viele Männer auch ein verzerrtes Körperbild, das ein geringes Selbstwertgefühl und Depressionen mit sich bringen kann.⁸⁴

⁸¹ Vgl. Bader, 2006, S. 72

⁸² Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 51 f.

⁸³ Vgl. Rathgeb, 1999, S. 1 f. (URL)

⁸⁴ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 46 ff.

Dieser unglaubliche Druck gegenüber Männern, einen Traumkörper zu haben, wurde vor allem von den Medien aufgebaut und kann äußerst schnell zu einem abnormalen Essverhalten führen, um eben diesem Traumkörper nahe zu kommen.

4.2 Das Bild des Mannes im Wandel der Zeit

Das Bild des männlichen Ideals hat sich in den vergangenen Jahrzehnten stark geändert. In früheren Zeiten wurde Maskulinität in der Gesamtheit betrachtet, das äußere Erscheinungsbild sollte mit dem Körper und der Seele zusammenpassen, genauso wie innere Tugendhaftigkeit.⁸⁵ Männlichkeit zeichnete sich aus durch Tapferkeit, Willenskraft, Gewaltbereitschaft, Selbständigkeit, Zielstrebigkeit, Kompromisslosigkeit und Verstand. Sie gingen arbeiten und schafften Geld und Nahrungsmittel nach Hause, während die Frauen, die mit gegenteiligen Wesensmerkmalen charakterisiert wurden (Schwäche, Abhängigkeit, Nachgiebigkeit usw.),⁸⁶ daheim blieben und sich um den Haushalt und die Erziehung der Kinder kümmerten.

Der Männertypus wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts durch Frauenrechtsbewegungen in Frage gestellt. Frauen traten selbständig und berufstätig auf, zogen sich auch Männerkleidung an, hatten kurze Haare und rauchten. Die Lebensweise beider Geschlechter glich sich an.⁸⁷ Auch Homosexuelle versteckten sich nicht mehr, im Gegenteil, sie präsentierten sich sogar!⁸⁸ Es entstand die sogenannte „Männerbewegung“. Sie entwickelte sich in Reaktion auf die feministische Bewegung. Diese „bewegten Männer“ sind zärtlich, tolerant gegenüber Homosexuellen, weltlich, sind authentisch und gegen Ausbeutung, reden über Gefühle, zeigen diese und lehnen Krieg, Gewalt und Hierarchie ab. Ziel dieser Bewegung ist die Abschaffung der Gewalt. Diese „neuen Männer“ wollen nicht unbedingt und um jeden Preis Karriere machen, sie reflektieren gegenseitig in Männergruppen, befassen sich mit Körperkultur, gehen in Schönheitssalons oder auch zum Schönheitschirurgen. Klassisch männliche Tätigkeiten werden in den Hintergrund gestellt.⁸⁹

In Zusammenhang mit der Männerbewegung kann man die männliche Anorexie diskutieren, denn sie entspricht nach wissenschaftlichen Auffassungen der klassischen

⁸⁵ Vgl. Mosse, 1997, S. 11

⁸⁶ Vgl. Kühne, 1996, S. 11

⁸⁷ Vgl. Mosse, 1997, S. 18

⁸⁸ Vgl. Mosse, 1997, S. 21

⁸⁹ Vgl. Weber, 1998, S. 28 f.

Anorexie. Die fragwürdige bzw. problematische Geschlechtsrolle, in der der moderne Mann steckt, kann ein Auslöser für eine Essstörung sein. Eltern verschiedener Anorektiker berichteten, dass ihre Söhne in der Kindheit völlig unproblematisch waren, andere waren in ihrer Kindheit Einzelgänger, schüchtern und konnten nichts mit militärischen Spielereien anfangen. Anorektiker fühlen sich dem Druck der Erwachsenenwelt privat und beruflich nicht gewachsen und wollen am besten Kinder bleiben. Dem Vater wollen sie nicht nacheifern.⁹⁰

Das traditionelle Männer- und Frauenbild änderten sich folglich, private und berufliche Pflichten und Absichten modifizierten sich, genauso wie Werte und Normen der westlichen Gesellschaft.⁹¹

4.3 Der Adoniskomplex

4.3.1 Definition Adoniskomplex

Der Adoniskomplex ist eine Körperfixierungsstörung, die als Gegenstück zu den unterschiedlichsten Körperbild- oder Essstörungsformen von Frauen verstanden werden kann und kann beim männlichen Geschlecht fast jeden Alters auftreten (Kind, Jugendlicher, Mann). Es handelt sich hierbei um eine Wahrnehmungsstörung des Körperbildes, genauso wie es bei Essstörungen der Fall ist. Exzessives Training (wie Bodybuilding oder anderer Sportarten), Anabolikamissbrauch, Essstörungen oder eine Körperdysmorphie Störung (gesundheitsgefährdende Ängste über das Aussehen) können Anzeichen für den Adoniskomplex sein.⁹²

Die Entdeckung der anabolen Steroide sind laut Pope, Phillips und Olivardia besonders für die Entstehung einer solchen Krankheit verantwortlich. Durch diese Mittel und ihren Inhaltsstoffen ist es möglich, künstlich Muskelberge zu erschaffen.⁹³ So schwappte der Schönheitswahn zu den Männern hinüber. Auch sie haben eine Vorstellung vom Traumkörper. Genau wie Frauen werden sie beeinflusst durch Zeitschriften, Werbung sowie Film und Fernsehen. Inzwischen gibt es eine Vielzahl an Zeitschriften für das männliche Geschlecht, die sich ausschließlich mit dem Thema „Fitness und Männer“ befassen.⁹⁴ Ein Beispiel dafür ist das Magazin „Men’s

⁹⁰ Vgl. Weber, 1998, S. 40 ff.

⁹¹ Vgl. Weber, 1998, S. 92 f.

⁹² Vgl. Bader, 2006, S. 83

⁹³ Vgl. Bader, 2006, S. 83 f.

⁹⁴ Vgl. BZgA, 2008, S. 8 f.

Health“, welches sich ausschließlich mit Fitness und Gesundheit, optimale Ernährung und Mode für Männer beschäftigt und seine Auflage in den USA innerhalb von sieben Jahren um das sechsfache auf 1,5 Mio. steigerte.⁹⁵

Auch in Actionfilmen müssen Muskeln zu sehen sein, was besonders an Filmen wie „Terminator“ oder „Conan der Barbar“ mit Arnold Schwarzenegger als Hauptdarsteller deutlich wird. Nach Filmen wie diesen boomten Fitnessstudios, denn die Männer waren davon überzeugt, mit hartem Training, ihren Idolen zu gleichen.⁹⁶

Männer sind also, genauso wie Frauen, durch dauernde Konfrontation mit Traumkörpern in den Medien anfällig bzw. empfänglich für Schönheitsideale und wollen diesen nacheifern.⁹⁷ Mittlerweile werden auch immer mehr Kinder und Jugendliche durch die Werbung beeinflusst, zum Beispiel durch kalorienreduzierte Produkte, die durch bekannte, schlanke Personen angepriesen werden. Ein Beispiel dafür ist der Mann aus der Cola-light Werbung, dem aufgrund seines Superbodys alle Frauenherzen zu Füßen liegen. Die Kinder oder Jugendlichen sehen, welche Reaktionen dieser Mann auf Frauen auslöst und wollen so aussehen wie er.⁹⁸

Die Beeinflussung beginnt jedoch schon im Kinderzimmer. Die Actionfiguren werden so muskulös dargestellt, wie es nur durch Steroide möglich ist.⁹⁹ In Deutschland und in den USA wurden Jungs befragt, wie zufrieden sie mit ihrem Körperbild sind. Das Ergebnis fiel unglaublichen aus, denn fast alle Befragten waren äußerst unzufrieden. Eine Studie aus Amerika beweist ähnliches: 43 Prozent der jungen Männer sind unzufrieden mit ihrem Erscheinungsbild, 1972 waren nur 15 Prozent unzufrieden.¹⁰⁰

Im Buch „Der Adoniskomplex“ der Forscher Pope, Phillips und Olivardia schreibt ein Junge: „Ich bin vierzehn Jahre alt und habe vor, vier Wochen lang fünfzig Milliliter Deca-Durabolin pro Woche einzunehmen. Ich kenne die Nebenwirkungen, die Steroide bei Erwachsenen haben können, aber nicht die bei Teenagern. Gibt es irgendwelche Nebenwirkungen, von denen ich wissen sollte?“ Solche Fragen bzw. Ängste können die Jugendlichen nur im Internet loswerden, denn mit ihren Eltern

⁹⁵ Vgl. Bader, 2006, S. 85

⁹⁶ Vgl. Bader, 2006, S. 84

⁹⁷ Vgl. BZgA, 2008, S. 9

⁹⁸ Vgl. Bader, 2006, S. 129

⁹⁹ Vgl. Bader, 2006, S. 84 f.

¹⁰⁰ Vgl. BZgA, 2008, S. 9

oder Lehrern reden sie nicht über solch massive Probleme, weil diese oft auch leider unwissend sind über das Ziel Jugendlicher, irgendein Ideal zu erreichen.¹⁰¹

Die zweite Theorie von Pope, Phillips und Olivardia zur Entstehung des Adoniskomplexes besagt, dass durch die Emanzipation der Frau dem Mann nur noch der Körper bleibt, um sich in ihrer Männlichkeit deutlich zu machen, denn einen so muskulösen Körper kann eine Frau niemals erreichen.¹⁰² Mit diesen Theorien soll gezeigt werden, dass Spielzeug- und Actionhelden, in Massenmedien vorzufindende männliche Körperideale, Models in Zeitschriften und die „starke“ Frau zu Körperbildstörungen bei Männern führen können.¹⁰³

4.3.2 Beispielerkrankungen für den Adoniskomplex

Eine Auswirkung des Adoniskomplexes kann eine Muskeldysmorphie sein, die als umgekehrte Anorexie gesehen werden kann. Es wird vermutet, dass es sich hierbei um eine Form der Zwangsneurose handelt, bei der außergewöhnlich muskulöse Männer zwanghaft Bodybuilding betreiben, da sie sich im Vergleich zu anderen Männern zu schmal fühlen. Es kann sogar soweit kommen, dass das Sozialleben darunter leidet, da sie sich stundenlang im Spiegel anschauen und nicht auf ihr Training und die Spezialnahrung verzichten können.

Außerdem betreiben viele Männer, die an Muskeldysmorphie leiden, Missbrauch mit Steroiden, die körperliche Langzeitschäden und sogar tödliche Gewaltausbrüche hervorrufen können. Weiterhin kann es zu Depressionen kommen, da viele Männer mit Muskeldysmorphie krankhaft auf bestimmte Körperteile fixiert sind (z.B. Nase, Bauch, Genitalien), jedoch auf andere nach außen hin normal wirken. Es kann aufgrund ihrer Ängste und zwanghaften Handlungen zum Verlust oder sogar freiwilligen Verzicht des Arbeitsplatzes kommen, nur um nicht auf ihre Störung aufmerksam zu machen. Im schlimmsten Falle verstümmeln sich betroffene Männer sogar selbst.¹⁰⁴

¹⁰¹ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 235 f.

¹⁰² Vgl. Bader, 2006, S. 85

¹⁰³ Vgl. Bader, 2006, S. 86

¹⁰⁴ Vgl. Bader, 2006, S. 87 f.

4.3.3 Abnormes Essverhalten bei Männern mit Adoniskomplex

Neben Anabolikamissbrauch und Muskeldysmorphie leiden viele Männer mit Adoniskomplex daran, sich nicht dünn genug zu fühlen. Sie sind ständig damit beschäftigt, ihr Körperfett zu senken, um dünner zu werden. Dies wird als „abnormes Essverhalten“ bezeichnet, weil sich der Mann extrem viel mit seinem Körpergewicht und seiner Figur beschäftigt. Diese Form des Adoniskomplexes ist weit verbreitet, wird jedoch oft geheim gehalten. Aufgrund der übermäßigen Beschäftigung mit dem Essen können daraus Essstörungen wie Bulimie und Magersucht entstehen. Auch hierfür sind soziokulturelle Ursachen verantwortlich. In unserer Gesellschaft sind schlanke Männer eher anerkannt als dicke. Es ist also kein Wunder, das einige Männer Essstörungen entwickeln.¹⁰⁵

4.3.4 Homosexualität und Adoniskomplex

Im Bezug auf Homosexualität in Verbindung mit dem Adoniskomplex gehen die Meinungen der Forscher auseinander bzw. man will sich nicht festlegen. Studien haben belegt, dass homosexuelle Männer unzufriedener mit ihrem Körper sind als heterosexuelle. Laut „Psychology Today“ sind 57 Prozent der heterosexuellen Männer mit ihrem Körper zufrieden, bei den Homosexuellen sind es nur 44 Prozent. Bei der Frage, ob sie Erfahrungen mit Diäten haben, antworteten 70 Prozent der schwulen Männer mit ja, bei den heterosexuellen Männern sind es 58 Prozent. Wie man sieht, sind die Unterschiede gering und lassen sich wahrscheinlich nicht pauschalisieren.¹⁰⁶

Die meisten Menschen würden aber sagen, dass homosexuelle Männer eher den Adoniskomplex entwickeln können als heterosexuelle, denn schwule Männer gelten allgemein als „weiblich“ oder „unmännlich“. Aus diesem Grund argumentieren die Befragten, dass schwule Männer es eher anstreben würden dünn zu sein, ebenso wie Frauen. Jedoch muss man zwischen sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität unterscheiden. Tatsächlich hat der Großteil der homosexuellen Männer kaum oder keine Merkmale einer weiblichen Geschlechtsidentität.¹⁰⁷

¹⁰⁵ Vgl. Bader, 2006, S. 88

¹⁰⁶ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 281

¹⁰⁷ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 282

Michelangelo Signorile, ein Schwulenaktivist, behauptet, dass aufgrund der immer noch vorherrschenden Homophobie, schwule Männer versuchen, einen muskulösen Körper zu bekommen, um die durch das Schwul-Sein mangelnde Männlichkeit auszugleichen. Die Folge ist der Gang ins Fitnessstudio oder im schlimmsten Fall die Einnahme von Steroiden. Laut einer Körperbild-Studie, die vor etwa dreißig Jahren durchgeführt wurde, stellte man außerdem fest, dass homosexuelle Männer häufig sehr unzufrieden mit ihrem Körper sind und deshalb ein geringes Selbstwertgefühl haben, das häufig in der Kindheit der Betroffenen begründet liegt (z.B. durch Hänseleien).¹⁰⁸

Abschließend dazu ist zu sagen, dass Schwule anfällig für den Adoniskomplex sind, selbst wenn sie mit ihrem Körper und ihrer Geschlechtsidentität zufrieden sind, da sie andauernd von Gleichgesinnten beäugt werden. So sagte ein 30-jähriger Schwuler: „In der Schwulenwelt ist dein Körper die einzige Währung, in der du handeln kannst. Bei einer Frau kann es wichtig sein, ob du in einem Porsche oder in einem 87er Ford aufkreuzt. Aber bei einem Schwulen macht das kaum einen Unterschied im Gegensatz zu deinem Aussehen.“ Der männliche Körper hat einen in den letzten Jahrzehnten sehr viel höheren Stellenwert bekommen, sowohl bei homosexuellen, als auch bei heterosexuellen Männern.¹⁰⁹

¹⁰⁸ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 282 f.

¹⁰⁹ Vgl. Pope Jr. u.a., 2001, S. 281 ff.

5. Die Bedeutung der Sozialarbeit bei Essstörungen

Haben Betroffene erst einmal den Schritt gewagt, sich in eine stationäre, psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlung zu begeben, ist der erste Schritt getan. Doch meistens benötigen diese Patienten zusätzlich eine psycho-soziale Betreuung, denn sie haben oft große Probleme, die es gilt zu lösen, und wenn nicht alleine, dann mit Hilfe eines Sozialdienstes. Diese Probleme können zum Beispiel sein:

- Schulverweigerung
- Wohnungsprobleme
- Arbeitslosigkeit bzw. drohender Verlust des Arbeitsplatzes
- finanzielle Schwierigkeiten, Schulden
- fehlender Schul- oder Berufsabschluss
- soziale Isolation
- problematische Versicherungs- und Versorgungssituation

Der Sozialarbeiter sollte den Patienten dazu anstoßen, ihre soziale und berufliche Situation infrage zu stellen und ihn bei Aktivitäten im sozialen Bereich helfend unterstützen. Bei Behandlungsbeginn erstellt der Sozialarbeiter gemeinsam mit dem Patienten einen Anamnesebogen, weiterhin wird ein Behandlungsziel erarbeitet. Zusammengefasst berät der Sozialarbeiter in schulischen und sozialrechtlichen Fragen, informiert über Hilfsangebote, vermittelt Hilfen im sozialen und wirtschaftlichen Bereich, sowie im beruflichen und medizinischen Bereich. Des Weiteren fördert er soziale Integration und vernetzt sich mit Einrichtungen, wie z.B. dem Jugendamt.¹¹⁰

Besonders im Pubertäts-Alter ist präventive Arbeit wichtig. In diesem Lebensabschnitt können sich, hauptsächlich bei Mädchen, Essstörungen entwickeln. Bedingt durch Stress in Schule oder Familie, Versagensängste oder anderen Verunsicherungen, die die Pubertät mit sich bringt, machen Mädchen bzw. junge Frauen ihren Körper oft ungewollt zum Austragungsort von Konflikten.¹¹¹ Hier muss die Sozialarbeit ansetzen und in Schulen gehen, um den Verfall in Essstörungen entgegenzuwirken.

Diese Art von Prävention bietet der Verein „DICK und DÜNN e.V.“. Qualifizierte Mitarbeiter/innen bieten Unterrichtseinheiten in Schulen an und sensibilisieren die Schüler zum Thema Essstörungen. In den Klassen wird zum Beispiel das heutige

¹¹⁰ Vgl. Essstörungen- Netzwerk Berlin, ohne Jahr, (URL)

¹¹¹ Vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 7

Schönheitsideal gemeinsam mit den Schülern besprochen, es werden Übungen zur eigenen Körperwahrnehmung durchgesprochen, die Schüler werden über Essstörungen aufgeklärt oder Betroffene berichten selbst in den Klassen von ihrer Krankheit. Die Unterrichtseinheiten sind altersgruppengerecht aufgebaut und richten sich an Schüler der fünften bis zwölften Klasse. Weiterhin werden auch Ernährungsberatungen in Kindergärten angeboten.¹¹² Durch Präventionsmaßnahmen wird den Kindern dabei geholfen, spielerisch das Selbstbewusstsein und die eigene Körperwahrnehmung aufzubessern.

6. Projekt zum Thema „Prävention von Essstörungen“ an Neubrandenburger Schulen

In dem Modul „Berufsfelderkundung“, das im fünften und sechsten Semester angeboten wurde, habe ich mich mit sieben Kommilitoninnen, unter Anleitung unserer Dozentin Frau Gottwald (Dipl. Psychologin), zusammengeschlossen, um im Bereich „Sucht“ zu forschen. Nach reiflichen Überlegungen sind wir zu dem Entschluss gekommen, uns mit dem Thema „Essstörungen“ näher zu befassen und forschend tätig werden. Wir beschlossen, an Schulen zu gehen und dort präventive Arbeit zu leisten. So erstellten wir einen Fragebogen, den wir zwei siebten Klassen zum Ausfüllen vorgelegt haben. Inhalt des Fragebogens waren Fragen zum Essverhalten sowie zur Körperwahrnehmung. Zuvor segnete Frau Martina Hartmann, Diplom-Sozialarbeiterin, Suchttherapeutin, systemische Beraterin für Kinder und Jugendliche und Adipositrainerin der Beratungsstelle bei Essstörungen Dick & Dünn e.V. in Berlin, den Fragebogen ab und gab uns hilfreiche Tipps, die wir bei der Arbeit mit den Schülern anwenden konnten. Frau Hartmann hat jahrelange Erfahrung mit Schülern, denn Schwerpunkte ihrer Tätigkeit bei Dick & Dünn e.V. sind unter anderem Öffentlichkeitsarbeit und Mädchenarbeit.

Wir nahmen Kontakt zu zwei Neubrandenburger Schulen auf, dem Albert-Einstein-Gymnasium und der Vier-Tore-Schule (Integrative Gesamtschule), und teilten uns in zwei Gruppen zu je vier Personen auf. Insgesamt wurden je zwei Termine mit den Schulen vereinbart. Am ersten Tag stellten wir uns, unseren Studiengang sowie unser Projekt vor. Außerdem wurde am ersten Tag der Fragebogen von den Siebtklässlern

¹¹² Vgl. Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V., 2008, Anhang

ausgefüllt, was die meisten meines Erachtens auch mit gewissem Interesse taten. Noch am selben Tag werteten wir die Fragebögen aus.

Auffällig war, dass die meisten Kinder meiner Gruppe (Vier-Tore-Schule) viel und gerne Fastfood essen sowie diverse süße und zuckerhaltige Softgetränke und Eistee trinken. Doch beim Großteil gehört auch Obst und Gemüse auf den Speiseplan. Viele Kinder nannten außerdem vor allem den Bauch als Problemzone und würden gerne abnehmen, einige fünf Kilogramm, zwei Schüler sogar acht Kilogramm. Diese halte ich für bedenklich, denn keiner der Schüler fiel mir als besonders dick auf. Aus dem anonymen Fragebogen stellte sich heraus, dass ein Mädchen mit unbedenklichem Körpergewicht ebenfalls fünf Kilogramm abnehmen möchte, so dass sie dann tendenziell untergewichtig sein würde. Dieser Wunsch nach der Reduzierung des Körpergewichts zeigt erste Anzeichen gestörter Körperwahrnehmung. In diesem Fall wären weitere präventive Maßnahmen zu empfehlen, um der Entwicklung hin zu einer Essstörung vorzubeugen.

Bei unserem nächsten Termin in der Schule führten wir mit den Schülern Übungen zur Körperwahrnehmung durch. Als erstes wurde zur Auflockerung ein Wetterbericht durchgeführt, an dem sie bereitwillig und begeistert teilnahmen. Jedes Kind beschrieb in Wetterlagen, wie seine Stimmung an diesem Tag war. Danach habe ich zum zweiten Spiel übergeleitet, dem Pizzabacken. Hierzu taten sich die Schüler freiwillig zu Pärchen zusammen, wobei einer von ihnen der Pizzabäcker war, der andere war die Pizza und saß mit dem Rücken vor dem Pizzabäcker. Dann wurde die Pizza auf dem Rücken des anderen mit den Händen hergestellt (Ofen vorheizen → Hände reiben bis sie warm sind und dem Partner auf dem Rücken legen, Belag zur verschiedene Handbewegungen auftragen). Diese Übung führten die Kinder mit Freude und großer Motivation durch und wollten danach sofort mit ihrem Partner die Positionen wechseln. Ziele und Erfahrungsmöglichkeiten der Übung waren Genussfähigkeit, Entspannungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit (Körperkontakt) sowie Vertrauen geben und nehmen.¹¹³ Den Kindern hat diese Übung laut ihren Aussagen gut gefallen und konnten sich in die Übung hineindenken. Die meisten Schüler empfanden die Übung als angenehm, einige waren jedoch etwas grob zu ihrem Partner.

Als nächstes sollten sich die Schüler in 5er Gruppen zusammenfinden. Wir führten nun das Spiel „Körper-Landschaften“ durch. Ziel dieses Spiel ist es, der Einstellun-

¹¹³ Vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V., 2009, S. 58

gen zum eigenen Körper bewusst zu werden beziehungsweise einen guten Bezug zum eigenen Körper zu gewinnen. Auf einem großen Blatt Papier zeichneten die Kinder einen Umriss ihres Körpers, um darauf schließlich eine Landkarte ihres Körpers zu erstellen. So sollten sie zum Beispiel die Hauptstadt ihres Körpers einzeichnen, Bodenschätze und Energievorkommen kenntlich machen, Sehenswürdigkeiten hervorheben, sowie kennzeichnen, welche Gebiete im Körper sie mehr und weniger mögen. Das Spiel lief in allen vier Kleingruppen reibungslos und alle nahmen daran teil. Zu manchen Fragen waren jedoch einige Erläuterungen nötig, da sich manche Kinder nicht richtig hineindenken konnten. Anschließend wurden die entstandenen Bilder in den Gruppen ausgewertet. Die Motivation, über das entstandene Bild zu sprechen, war in den Gruppen unterschiedlich groß. In meiner Gruppe, die nur aus Jungen bestand, wollte sich niemand zu seiner Körperlandschaft äußern. Also regte ich sie an, in dem ich bei den einzelnen Jungs nachfragte, warum sie was wo eingezeichnet haben. Daraufhin überlegten sie und versuchten zu erklären, was ihre Intentionen waren. Auf meine Nachfrage, ob ihnen das Spiel eher schwer oder leicht gefallen ist, waren sich alle einig, dass es ihnen eher schwer fiel, da sie mit manchen Fragen nichts anfangen konnten (z.B. Wo sind meine Erholungsgebiete?). Kreativ waren sie jedoch, als es darum ging, ihrer Körperlandschaft einen Namen zu geben.

Zum Abschluss haben wir in der Klasse verschiedene Broschüren der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu den Themen Essstörungen, Körperkult, Sport usw. ausgeteilt, sowie eine von uns erstellte Liste mit Beratungsstellen in der Umgebung.

7. Fazit

„Wer ist, der isst. Und wer nicht isst, der ist bald nicht mehr.“ Das war die in der Einführung zitierte Aussage von Waltraud Puzicha, die sich der Thematik eines abnormen Essverhaltens annimmt. Im Laufe der Arbeit konnte jedoch festgestellt werden, dass nicht nur abnormes Essverhalten – bedingt durch Magersucht, Bulimie, Adipositas oder das Binge-Eating-Syndrom – (Vgl. Kapitel 2), sondern auch übertriebener Sport zu Essstörungen führen kann. Denn um einen noch durchtrainierteren Körper zu bekommen, wollen die Sportler ihren Körperfettanteil reduzieren, was zu einem abnormen Essverhalten und wiederum zu einer Essstörung führen kann. Gerade bei Männern ist das ein oftmals auftretendes Phänomen, woraus der sogenannte Adoniskomplex entstehen kann. (Vgl. Kapitel 4.3)

Dabei ist es wichtig zu wissen, dass Essstörungen ein Zeichen für tiefer liegende seelische Probleme sein können. Der Ursprung dessen kann schon im Kindes- und Jugendalter liegen. So können beispielsweise auftretende Konflikte in der Familie, eine plötzlich geänderte Familienkonstellation oder der wesentliche Einfluss Gleichaltriger in sogenannten Peer-Groups Auslöser eines essgestörten Verhaltens sein. (Vgl. Kapitel 3)

Auch und besonders Schönheitsideale beeinflussen die eigene Körperwahrnehmung. Dies ist nicht nur bei Frauen, sondern ebenfalls bei Männern der Fall. Folglich wandelte sich das Bild des Mannes im Laufe der Zeit. So war es in den 80er Jahren Arnold Schwarzenegger, der die Männer zum trainieren in die Fitnessstudios bewegte, wodurch sich der Adoniskomplex verbreitete. (Vgl. Kapitel 4)

Somit lässt sich festhalten, dass Essstörungen bei Männern – aber auch bei Frauen – in der Sozialisation begründet liegen können.

Aus diesem Grund ist es auch die Aufgabe des Sozialarbeiters, präventive Arbeit zu leisten. Dies sollte möglichst frühzeitig geschehen, um die schlimmen Folgen einer Essstörung abzuwenden. Aufklärungsmaßnahmen in Schulen sind sinnvolle Möglichkeiten, sozialarbeiterischer Prävention. (Vgl. Kapitel 5)

Literaturverzeichnis

Bader, Michael: Essstörungen bei jungen Männern – Gleiche Auswirkungen – ähnliche Ursachen. Saarbrücken, 2006.

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Jahresbericht 2008, Berlin, 2008.

Beratungszentrum bei Ess-Störungen Dick & Dünn e.V.: Konzept: Bulimie – Anorexie – Binge-Eating, Berlin, Februar 2008.

Böhnisch, Lothar, Winter, Reinhard: Männliche Sozialisation – Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf, Weinheim. München, 2. Auflage, 1994.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): Essstörungen – Arbeit mit Selbsthilfegruppe. Ein Praxishandbuch für GruppenmoderatorInnen. Köln, ohne Jahr.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Essstörungen...was ist das? Köln, 2004.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG): Gefährliches Ziel: Traumbody. Köln, 2008.

Franke, Alexa: Essstörungen bei Männern und Frauen, in Hurrelmann, Klaus/ Kopp, Petra (Hrsg.): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich. Bern u.a., 1. Auflage, 2002, S. 359 – 374.

Gerlinghoff, Monika, Backmund, Herbert: Ess- Störungen – Fachwissen, Krankheitserleben, Ess- Programme, Weinheim. Basel, 2006.

Hurrelmann, Klaus, Kolip, Petra: Geschlecht, Gesundheit und Krankheit – Männer und Frauen im Vergleich. Bern, 2002.

Kühne, Thomas (Hrsg.): Männergeschichte-Geschlechtergeschichte – Männlichkeit im Wandel der Moderne. Frankfurt/Main; New York, 1996.

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland Pfalz e.V.: Gemeinsam durch dick und dünn – Praxishandbuch zur Prävention von Essstörungen in Schule und Jugendarbeit. Mainz, 2009.

Mosse, George L.: Das Bild des Mannes – Zur Konstruktion der modernen Männlichkeit. Frankfurt/Main, 1997.

Neubauer, Erika: Alleinerziehende Mütter und Väter – Eine Analyse der Gesamtsituation. Stuttgart, 1989.

Pope Jr. u.a.: Der Adonis-Komplex – Schönheitswahn und Körperkult bei Männern. München, 2001.

Schnack, Dieter, Neutzling, Rainer: Kleine Helden in Not – Jungen auf der Suche nach Männlichkeit. Hamburg, 1990.

Schweiger u.a.: Essstörungen. Stuttgart, 2003.

Tuschen-Caffier u.a.: Diagnostik von Essstörungen und Adipositas, Göttingen u.a., 1. Auflage. 2005.

Weber, Christian: Das Dilemma des modernen Mannes – Rollenwidersprüche und das Symptom der Essstörung. Opladen/Wiesbaden, 1998.

Internetverzeichnis

Beratung und Therapie Online: Adipositas, Esssucht (Essstörung, Essstörungen), abgerufen am 02.06.2010, <http://www.btonline.de/index.html?/krankheiten/essstoerungen/adipositas/adipositas.html>, 2007.

Blaß, Simone: Sind alleinerziehende Väter die besseren Männer?, abgerufen am 07.06.2010, http://eltern.t-online.de/sind-alleinerziehende-vaeter-die-besseren-maenner-/id_21124834/index, 2009.

Essstörungen- Netzwerk Berlin: Sozialarbeiterische Aspekte, abgerufen am 09.06.2010, <http://www.essstoerungs-netzwerk.de/behandlung.html#sozialarbeit>, ohne Jahr.

Familie-und-Tipps.de: Alleinerziehende Väter – eine aussterbende Spezies?, abgerufen am 06.06.2010, <http://www.familie-und-tipps.de/Familienleben/alleinerziehende-Vaeter.html>, 2008.

Family Fair: Alleinerziehende haben es schwerer, abgerufen am 16.06.2010, <http://www.familyfair.de/Frauen/partnerschaft/alleinerziehende-haben-es-schwerer.html>, 2009.

Gesundheitsportal Onmeda: Adipositas (Fettsucht), Übergewicht, abgerufen am 01.06.2010, <http://www.onmeda.de/krankheiten/adipositas.html>, 2009.

Gesundheitsportal Onmeda: Adipositas (Fettsucht), Übergewicht: Ursachen, abgerufen am 01.06.2010, <http://www.onmeda.de/krankheiten/adipositas-ursachen-4187-4.html>, 2009.

Gesundheitsportal Onmeda: Adipositas (Fettsucht), Übergewicht: abgerufen am 01.06.2010, <http://www.onmeda.de/krankheiten/adipositas-symptomenerkrankungen-4187-7.html>, 2009.

Hammer, Veronika: Familienform: „Alleinerziehend“, abgerufen am 05.06.2010, http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Fachbeitrag/a_Familienforschung/s_780.html, 2009.

Portal der Schönheit: Schönheit im Wandel der Zeit, abgerufen am 15.05.2010, <http://www.portal-der-schoenheit.de/themen-im-fokus/schoenheit-im-wandel/der-begriff-schoenheit-im-wandel-der-zeit.html>, 2010.

Psychotherapie: Essstörungen nehmen in Deutschland auch bei Männern zu – 15 bis 20 Prozent der Magersüchtigen sterben trotz Behandlung, abgerufen am 28.04.2010, <http://www.psychotherapie.de/report/2000/09/00092101.htm>, 2000.

Puzicha, Waltraud: Kurz belichtet, Klappe 1, abgerufen am 21.06.2010, http://www.aphorismen.de/display_aphorismen.php?xanarioID=7183b372d4a327db08a316cabe6ee4e1, 2009.

Rathgeb, Michael: Mann ist der dick, Mann – Über Schönheit, Fitness und Glück, abgerufen am 15.05.2010, <http://www.immanuel-online.de/pdf/dick.pdf>, 1999.

Stangl, Werner: Präventionsprogramme bei Essstörungen, abgerufen am 02.06.2010, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ESSSTOERUNGEN/Programme.shtml>, 2009.

Stangl, Werner: Präventionsprogramme bei Essstörungen, abgerufen am 02.06.2010, <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/ESSSTOERUNGEN/Erziehung.shtml>, 2009.

Statista: Fast Food – Statistiken und Informationen rund um Fast Food, abgerufen am 01.06.2010, <http://de.statista.com/themen/170/fast-food/>, ohne Jahr.

Technische Universität München: Hier werde ich mein eigener Körperexperte, abgerufen am 22.06.2010, <http://www.google.de/imgres?imgurl=http://www.juventum.med.tum.de/bilder/all/w>

achstumskur-

ven.j.png&imgrefurl=http://www.juventum.med.tum.de/gs/kinder/experte.01.php&u
sg=__bmTCPXp8iBNjM_80DUCbPRPE-
0g=&h=369&w=550&sz=132&hl=de&start=25&um=1&itbs=1&tbnid=ByWDFrLlr
yCY9M:&tbnh=89&tbnw=133&prev=/images%3Fq%3DBMI%2Bwachstumskurve
n%26start%3D20%26um%3D1%26hl%3Dde%26client%3Dfirefox%26sa%3DN%2
6rls%3Dde.yahoo.com:de:official%26ndsp%3D20%26tbs%3Disch:1, 2010.

Anhang

Body Maß Index (BMI)

Der Body Maß Index wird folgendermaßen berechnet:

$$BMI = \text{Körpergewicht (kg)} : \text{Körpergröße (m)}^2$$

Folgende Einteilung gilt für beide Geschlechter:

Tabelle 1 Einteilung des BMI

BMI	Deutung des BMI
unter 14:	hochgradiges Untergewicht
zwischen 14 und 16:	mittelgradiges Untergewicht
zwischen 16 und 18:	leichtgradiges Untergewicht
zwischen 18 und 26:	Normalgewicht
zwischen 26 und 29:	leichtgradiges Übergewicht
zwischen 30 und 40:	mittelgradiges Übergewicht
über 40:	hochgradiges Übergewicht

Quelle: Vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 18

Die Anorexie wird bei einem Wert von 17,5 und niedriger diagnostiziert.¹¹⁴

Zu berücksichtigen ist, dass der Body Maß Index nicht für Bodybuilder, Leistungssportler, Schwangere und stillende Mütter geeignet ist.

Bei Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren wird der BMI mit Hilfe von Wachstumskurven berechnet, unter Berücksichtigung von Geschlecht, Alter und Körpergewicht und –größe. Die Wachstumskurven für Mädchen und Jungen sind nachfolgend aufgeführt:¹¹⁵

¹¹⁴ Vgl. Gerlinghoff, Backmund, 2006, S. 18

¹¹⁵ Vgl. BZgA, 2004, S. 8

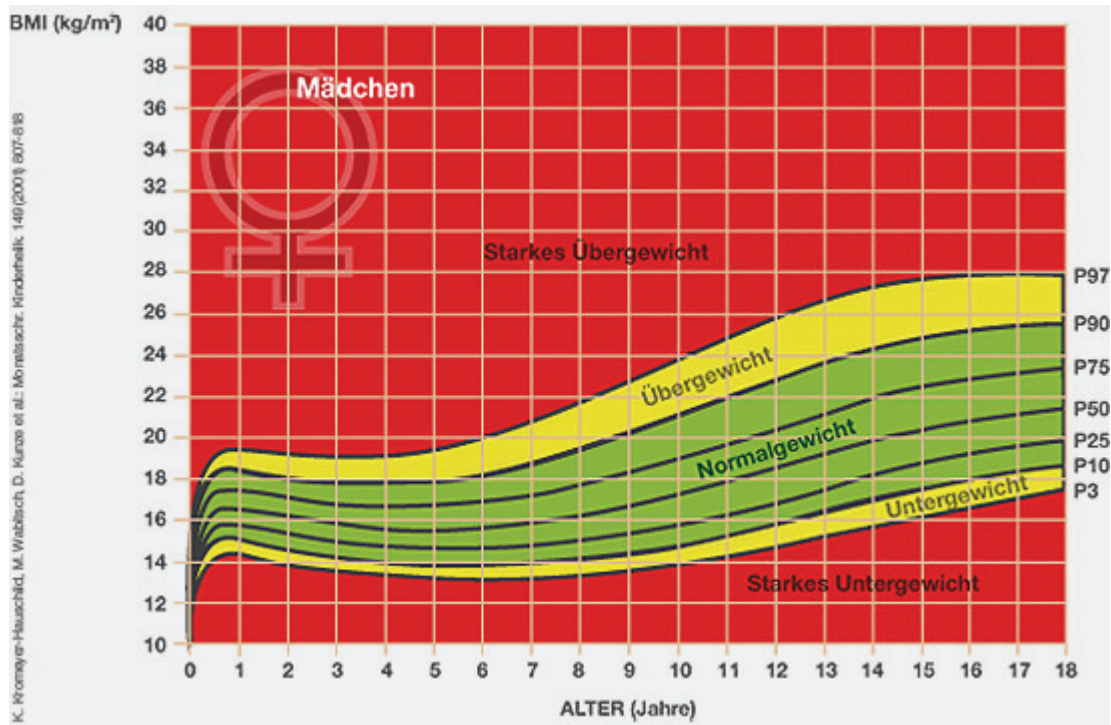


Abbildung 1 Wachstumskurve des BMI bei Mädchen
 Quelle: Technische Universität München, 2010 (URL)

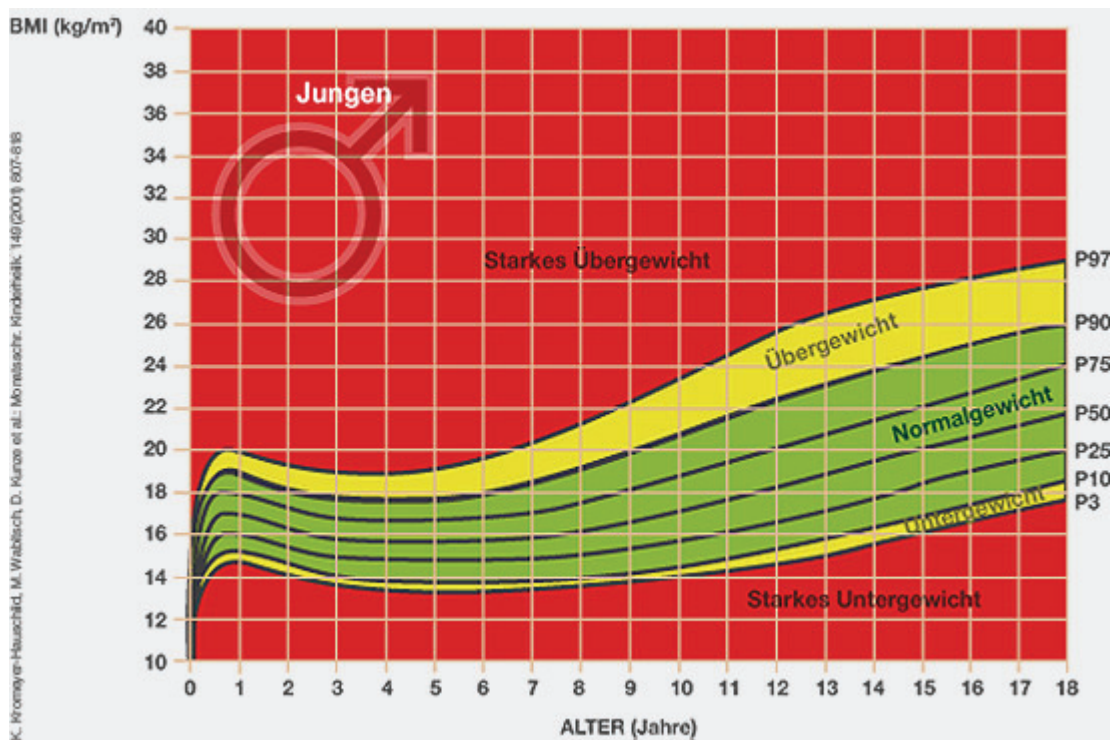


Abbildung 2 Wachstumskurve des BMI bei Jungen
 Quelle: Technische Universität München, 2010 (URL)

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich,

dass ich meine Bachelor-Thesis ohne fremde Hilfe angefertigt habe,

dass ich die Übernahme wörtlicher Zitate aus der Literatur sowie die Verwendung der Gedanken anderer Autoren an den entsprechenden Stellen innerhalb der Arbeit gekennzeichnet habe,

dass ich meine Bachelor-Thesis bei keiner anderen Prüfung vorgelegt habe.

Alle Quellen, die dem World Wide Web entnommen oder in einer sonstigen digitalen Form verwendet wurden, sind der Arbeit beigelegt.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

David Höpfner