

Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen

Body Images of Male Patients with Eating Disorders

Autoren

Dieter Benninghoven, Vera Tadić, Sebastian Kunzendorf, Günter Jantschek

Institut

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck

Key words

- body perception image
- anorexia nervosa
- bulimia nervosa
- men

eingereicht 12. April 2006
akzeptiert 19. Dez. 2006

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-951955
Psychother Psych Med 2007;
57: 120–127 © Georg Thieme
Verlag KG Stuttgart · New York ·
ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Dieter Benninghoven,
Dipl.-Psych.

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
benningh@medinf.mu-luebeck.de

Zusammenfassung

Männliche Körperideale haben sich in der Vergangenheit erheblich verändert. Den idealen männlichen Körper kennzeichnen heute wenig Fett und viel Muskelmasse. Ähnlich wie bei Frauen sollten sich diese normativen gesellschaftlichen Vorstellungen auch in der spezifischen Pathologie von Männern mit Essstörungen wiederfinden. In der vorliegenden Untersuchung wurden Männer mit und ohne Essstörungen hinsichtlich ihrer Körperzufriedenheit und ihrer Körperwahrnehmung mit nicht essgestörten Männern verglichen. Dabei kamen Fragebogenverfahren sowie ein Computerprogramm zur Modulation von Körperbildern zum Einsatz. Männer mit Bulimia nervosa wünschen sich einen schlankeren Körper, während Männer mit einer Anorexia nervosa sich trotz erheblichen Untergewichtes keinen wesentlich umfangreicheren Körper wünschen. Männer aller Gruppen wünschen sich mehr Muskulatur, Männer mit und ohne Essstörung unterscheiden sich in dieser Hinsicht nicht. Das Ausmaß des Wunsches nach weniger Körperfett und mehr Muskulatur geht mit dem Grad der Körperzufriedenheit einher. Ähnlich wie in der Behandlung der Essstörung bei Frauen sollte auch bei Männern dem Körperbild ein wichtiger Stellenwert eingeräumt werden. Anders als bei Frauen sollte die Muskulatur bei Männern zusätzlich Beachtung finden.

Einleitung

Störungen des eigenen Körperbildes sind zentrale Bestandteile der Anorexia und Bulimia nervosa und zumindest bei der Anorexia nervosa auch krankheitsdefinierend [1]. Da Anorexie und Bulimie vorrangig bei Frauen auftreten, war auch die Forschung zu Körperbildern bei Essstörungen im Wesentlichen auf Patientinnen konzentriert. Von

Abstract

Ideals of male attractiveness have changed considerably. The ideal male body at present is characterized by low body fat and pronounced muscles. Similar to what has been found for women, these normative societal conceptions should influence the pathology of men with eating disorders. In the present study, men with and without eating disorders are compared regarding body satisfaction and body perception. Both questionnaire data and a computer assisted approach are applied. Men with bulimia nervosa wish to have a body with less fat whereas men with anorexia do not wish for a bigger body although they are seriously underweight. Men in all groups wish to have more muscles. Men with and without an eating disorder do not differ in this respect. The wish for less body fat and more muscles is associated with body dissatisfaction in men. Treatment of men with eating disorders should focus on men's body images similar to how it is conceptualized in treatments for women with eating disorders. Different from women, a body image focused approach for men should emphasize the meaning of muscularity.

wenigen Ausnahmen abgesehen (z.B. [2,3]) hat eine systematische Beschäftigung mit Essstörungen bei Männern erst ab den 90er-Jahren stattgefunden.

Die jüngere Forschung zu den Körperbildern von Männern ergab, dass sich die Ideale männlicher Attraktivität im 20. Jahrhundert bis heute deutlich verändert haben. Pope, Olivardia, Gruber u. Borowiecki [4] zeigen in ihrer Untersuchung ty-

pischer Spielfiguren von Jungen, dass diese in den 60er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts erheblich weniger muskulös waren als in den 90er-Jahren. Männer in Actionfilmen haben mehr Muskeln [5], auch die „Pin-up-boys“ entsprechender Zeitschriften haben parallel dazu wesentlich an Muskularität zugenommen [6]. Die Ideale männlicher Attraktivität sind in Zeitschriften, die sich an Männer richten (z. B. Men's Health), muskulöser als in Zeitschriften, die sich an Frauen richten [7]. Die Identifikationsobjekte von Jungen bzw. von jungen Männern unterliegen also ähnlich wie bei den Mädchen bzw. jungen Frauen einer kulturell determinierten Veränderung. Auch die normative Wirkung, die damit einhergeht, wenn Männer mit Werbematerial, in dem sehr muskulöse Männer gezeigt werden, konfrontiert werden, konnte belegt werden. Männer erleben ihren eigenen Körper nach einer solchen Exposition entsprechend negativer [8,9]. Ähnlich wie Frauen sind auch Männer in den USA im Durchschnitt mit ihrem eigenen Körper in erheblichem Maß unzufrieden [10]. Dennoch unterscheiden sich die Geschlechter in wesentlichen Punkten: Während für Frauen ein häufig unrealistisch schlanker Körper das erstrebenswerte Ideal darstellt, scheint für Männer ein schlanker Körper in Kombination mit häufig unrealistisch ausgeprägter Muskulatur erstrebenswert [11]. Wenn Männer diesem Ideal entsprechen möchten, bedeutet dies, dass sie außerordentlich viel Zeit damit verbringen müssen, ihr Körpergewicht zu regulieren und ihren Körper zu trainieren. Dabei werden zuweilen auch Risiken z. B. durch den Einsatz von anabolen Steroiden oder durch Operationen in Kauf genommen [12].

Für Frauen konnte gezeigt werden, dass die gesellschaftlichen Standards bezüglich Attraktivität und Schlankheit erheblich den Wert beeinflussen, den junge Frauen ihrem eigenen Erscheinungsbild beimessen (z. B. [13]). Besonders junge Frauen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl sind häufig davon überzeugt, dass ihr Aussehen für Erfolge und Misserfolge in ihrem Leben verantwortlich ist. Von einer Gewichtsreduktion versprechen viele sich eine entsprechende Steigerung des Selbstwertgefühls [14]. Hier wird auch der Zusammenhang zu Störungen des Essverhaltens gesehen. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper stellt bei Frauen einen der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung einer manifesten Essstörung dar und geht mit einer solchen einher [15]. Die beschriebene gestiegene Bedeutung, die gesellschaftliche Ideale bezüglich Aussehen und Körperbau auch für Männer einnehmen, legt einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit und Störungen des Essverhaltens wie für Frauen auch für Männer nahe. So konnten z. B. Zusammenhänge zwischen den Körperbildern essgestörter Frauen und ihrer Väter gezeigt werden [16]. Untersuchungen speziell zu den Körperbildern essgestörter Männer liegen bislang allerdings kaum vor. Mangweth et al. [17] fanden bei einem Vergleich essgestörter Männer hinsichtlich ihrer Körperschemata mit nicht essgestörten Kontrollgruppen eine gestörte Körperwahrnehmung bei Männern mit einer Bulimia nervosa. Sollten Männer mit einer Essstörung von den gesellschaftlichen Idealvorstellungen allerdings in besonderer Weise geprägt sein, so sollten sie unzufriedener mit ihrem Körper sein. Außerdem sollten sie sich u. U. mehr als Männer ohne Essstörung einen schlanken und muskulösen Körper wünschen. Darüber hinaus sollten sie den Körperbau eines durchschnittlichen Mannes und das männliche Körperbild, das Frauen ihrer Meinung nach am attraktivsten finden, hinsichtlich Schlankheit und Muskularität eher überschätzen als Männer ohne Essstörung.

Die perzeptuelle Seite der Körperzufriedenheit wird häufig als Diskrepanz zwischen dem tatsächlich wahrgenommenen Körperbild und dem idealen Körperbild bezeichnet [18]. Eine große Diskrepanz zwischen wahrgenommenem und idealem Körperbild kennzeichnet ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit dem Körper. Die Körperzufriedenheit sowie die Selbst-Ideal-Diskrepanzen sind in der Vergangenheit bei Frauen ausführlich beforscht worden [19]. Eigene Ergebnisse legen nahe, dass sowohl Patientinnen mit Anorexia als auch mit Bulimia nervosa sich hinsichtlich der Körperzufriedenheit von nicht essgestörten Frauen deutlich unterscheiden. Allerdings scheinen die Selbst-Ideal-Diskrepanzen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa stärker von der Gruppe der nicht essgestörten Frauen abzuweichen, als dies bei Patientinnen mit Anorexia nervosa der Fall zu sein scheint [20]. Bei Männern liegen solche Untersuchungen bislang nicht vor.

In der vorliegenden Studie wird der Frage nachgegangen, inwieweit auch bei Männern mit Essstörungen

- ▶ Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper,
- ▶ Über- bzw. Unterschätzungen des durchschnittlichen männlichen Körperbaus,
- ▶ des von Frauen favorisierten Körperbildes sowie
- ▶ Selbst-Ideal-Diskrepanzen vorliegen.

Dies wird für Männer mit einer Anorexia nervosa, für Männer mit einer Bulimia nervosa sowie für Männer mit einer anorektischen oder bulimischen Essstörung in der Vorgeschichte getrennt getestet, da auch bei Frauen mit Essstörungen Unterschiede in den Diagnosegruppen gefunden wurden [15]. Mit Blick auf die empirischen Befunde zu den Idealen männlicher Attraktivität und den Veränderungen, denen diese Ideale in den letzten Jahrzehnten unterlagen, wird der Muskularität und den dazu gehörigen Selbst-Ideal-Diskrepanzen besondere Rechnung getragen.

- ▶ Der für Frauen bestätigte Zusammenhang zwischen Selbst-Ideal-Diskrepanzen und Körperzufriedenheit wird auch für Männer postuliert und in der vorliegenden Untersuchung überprüft.

Eine genauere Kenntnis dieser Zusammenhänge könnte dazu beitragen, die differenziellen Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen bei Männern besser zu verstehen.

Methode



Datenerfassung

Im Folgenden werden die Methoden dargestellt, mit denen die Konstrukte Körperzufriedenheit, Über- bzw. Unterschätzungen des durchschnittlichen männlichen Körperbaus, des von Frauen favorisierten Körperbildes sowie Selbst-Ideal-Diskrepanzen in dieser Untersuchung operationalisiert wurden.

Interview- und Fragebogendaten

Der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20) [21] wurde als subjektives Maß zur Erfassung des Affektes und der Kognitionen, die Männer gegenüber ihrem eigenen Erscheinungsbild haben, eingesetzt. Die beiden Skalen „ablehnende Körperbewertung (AKB)“ und „vitale Körperdynamik (VKD)“ des FKB-20 scheinen gut zur Bestimmung der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper geeignet. Beispielitems für die Skalen lauten: „Mit meinem Aussehen stimmt etwas nicht.“ für die Skala „ablehnende Körperbewertung“ sowie „Insgesamt empfinde ich mich als robust und stark.“

für die Skala „vitale Körperdynamik“. Die Reliabilität des FKB-20 wird von den Autoren mit Werten für Cronbach's Alpha von 0,76–0,91 als sehr gut angegeben. Die Konstruktvalidität konnte ebenfalls in verschiedenen Untersuchungen überzeugend belegt werden.

Außerdem wurden die soziodemografischen Daten sowie die mittels SKID-Interviews [22] gestellten Diagnosen für die Achse I des DSM-IV [1] erfasst. Als klinische Kontrollvariable wurde die Depressivität mithilfe des Beck-Depressions-Inventars (BDI) [23] erhoben. BDI und SKID-Interview stellen etablierte diagnostische Verfahren dar, die sich sowohl für klinische als auch für Forschungsfragestellungen bewährt haben.

Das Computerprogramm „Somatomorphic Matrix“

Zur weiteren Bestimmung des subjektiven Körperbildes wurde auf ein Computerprogramm zurückgegriffen [24]. Das Programm *Somatomorphic Matrix* bietet die Möglichkeit, die Silhouette eines weiblichen oder männlichen Körpers am PC zu verändern. Die Veränderungen können in zwei Dimensionen erfolgen. Das Körperschema kann mit mehr oder weniger Körperfettanteil sowie mit mehr oder weniger Muskelmasse ausgestattet werden. Entsprechend der jeweiligen Instruktion hat der Anwender z. B. die Aufgabe, das Körperschema so lange zu verändern, bis er den Eindruck hat, dass es seinem aktuellen Körper möglichst gut entspricht. Alle zur Auswahl möglichen im Computer gespeicherten Bilder wurden von einem professionellen Zeichner erstellt und entsprechen einem definierten Körperfettanteil sowie einer definierten Muskelmasse. Folgende Instruktionen wurden für die vorliegende Untersuchung im Programm realisiert:

- ▶ Wählen Sie bitte das Bild aus, das am ehesten Ihrem Körper entspricht.
- ▶ Wählen Sie bitte das Bild aus, das am ehesten Ihrem Wunschkörper entspricht.
- ▶ Wählen Sie bitte das Bild aus, das am ehesten dem Körper einer Durchschnittsperson ihres Alters entspricht.
- ▶ Wählen Sie bitte das Bild aus, das Ihrer Meinung nach Frauen am besten gefällt.

Aufgrund der in der Literatur diskutierten besonderen Bedeutung der sexuellen Orientierung bei essgestörten Männern [25,26], wird diese bei jedem Anwender routinemäßig durch das Computerprogramm erfragt. Selbst-Ideal-Diskrepanzen wurden in der vorliegenden Untersuchung als Differenz zwischen Wunschbild und wahrgenommenem Realbild sowohl hinsichtlich des Körperfettanteils als auch hinsichtlich der Muskularität operationalisiert.

Das Programm wurde bereits in einer Reihe von Studien erfolgreich eingesetzt [9,11,25,27–29]. Es gelang, klinische von nicht-klinischen Gruppen zu trennen [16,17,20,30,31] und Zusammenhänge mit anderen Maßen, mit denen das Körperbild beschrieben werden kann, konnten gezeigt werden [16,20]. Die Validität des Verfahrens scheint somit gesichert. Cafri, Roehrig, u. Thompson [32] kritisierten die in ihrer Untersuchung gefundene niedrige Testrestreliabilität. Trotz einer möglicherweise niedrigeren Reliabilität, die die Wahrscheinlichkeit zur Falsifizierung von Nullhypothesen senkt, konnten in den oben zitierten Studien allerdings eine Reihe von signifikanten Gruppendifferenzen mit der *Somatomorphic Matrix* gezeigt werden. In ihrem Review über die gegenwärtig zur Verfügung stehenden Methoden zur Erfassung männlicher Körperbilder empfehlen auch Cafri u. Thompson [33] die *Somatomorphic Matrix* als eine Methode der Wahl. Die Autoren der vorliegenden Studie haben sich somit trotz bislang noch ausstehender weiterer Untersuchungen zur

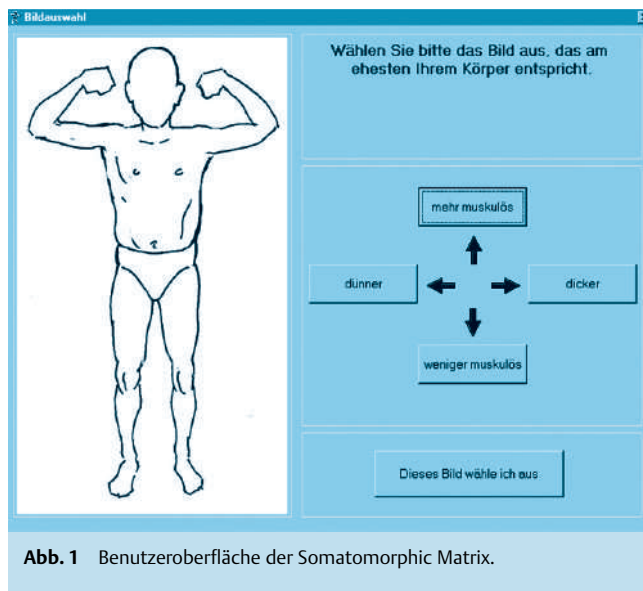


Abb. 1 Benutzeroberfläche der Somatomorphic Matrix.

Reliabilität für das Instrument entschieden, weil es nach Wissen der Autoren als bislang einziges Verfahren die Möglichkeit bietet, die Dimension der Muskularität männlicher Körperbilder explizit mitzuerfassen. Eine Bearbeitung des Programms für unsere Zwecke wurde von Jürgens u. Benninghoven [34] vorgenommen. Ein Beispiel für die Benutzeroberfläche des Programms findet sich in **Abb. 1**.

Stichprobenbeschreibung

Da es sich bei der Gruppe der Männer mit Essstörungen um eine sehr kleine Gruppe handelt [35], wurden die Probanden für diese Untersuchung an verschiedenen Orten rekrutiert. Es wurden männliche Patienten mit der Diagnose einer Anorexia oder Bulimia nervosa, die sich in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt, der Curtius-Klinik in Bad Malente, der Klinik Schweriner See in Lübtorf, der Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie des Asklepios-Westklinikum Hamburg oder der Klinik für Psychosomatische Medizin am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, in Behandlung befanden, in die Untersuchung einbezogen. Außerdem wurden aus den Archiven der Curtius-Klinik sowie der Klinik für Psychosomatische Medizin in Lübeck männliche Patienten mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, die in der Vergangenheit in diesen Einrichtungen behandelt worden waren, identifiziert und kontaktiert.

Es ergab sich eine Untersuchungsgruppe von 26 Männern. 12 Männer konnten dem Diagnosekreis der anorektischen Essstörungen zugeordnet werden. Von diesen 12 Männern erfüllten 5 aktuell die Diagnosekriterien für eine Anorexia nervosa während 7 Männer die Diagnose einer atypischen Anorexia nervosa aufwiesen. Aufgrund der Seltenheit des Krankheitsbildes und der daraus resultierenden kleinen Stichprobengrößen wurden die Männer mit typischer und atypischer Anorexia nervosa zu einer Gruppe zusammengefasst. Weitere 5 Männer erfüllten die Kriterien der Bulimia nervosa. 9 Männer hatten in der Vergangenheit unter einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder einem phasischen Verlauf beider Störungsbilder gelitten, erfüllten zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Kriterien allerdings nicht mehr. Da die Diagnosegruppen sich hinsichtlich der soziodemografischen Kriterien deutlich unterschieden, wurden für alle drei Patientengruppen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Essstörung in der

Tab. 1 Soziodemografische Charakteristika der Untersuchungs- und Kontrollgruppen

	Anorexia nervosa	KG zu Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	KG zu Bulimia nervosa	frühere Essstörung	KG zu frühere Essstörung
n	12	15	5	10	9	15
Alter M (SD)	31,25 (8,15)	31,73 (7,42)	26,40 (8,74)	26,50 (7,34)	24,89 (5,30)	26,53 (6,65)
höchster Schulabschluss in %						
noch in der Schule	0	0	0	0	11,1	0
Hauptschule	33,3	33,3	40	30	11,1	26,7
Realschule	25,0	27,6	40	40	33,3	26,7
Abitur	41,7	40,0	20	30	44,4	46,7
deutsche Nationalität in %	91,7	100	100	100	100	93,2
Familienstand in %						
ledig	100	66,7	100	80	100	86,7
geschieden	0	13,3	0	10	0	0
verheiratet	0	20	0	10	0	13,3
feste Partnerin in %	16,7	93,3	40	80	44,4	80
heterosexuelle Orientierung in %	100	100	100	100	100	100

KG = Kontrollgruppe

Tab. 2 Klinische Charakteristika der Untersuchungsstichproben (n = 26)

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa	frühere Essstörung
n	12	5	9
Anzahl der Achse-I-Diagnosen; M (SD)	3,00 (1,41)	3,0 (1,23)	1,22 (0,97)
aktuelle Behandlung in %			
keine	25,0	40	77,8
ambulant	16,7	40	11,1
teilstationär	0	0	11,1
stationär	58,3	20	0
Dauer der Essstörung in Jahren; M (SD)	8,02 (7,72)	10,90 (10,84)	4,19 (3,87)
Anzahl stationärer Behandlungen; M (SD)	4,2 (2,59)	1,0 (0,71)	1,5 (0,76)
Beck Depressions Inventar (BDI); M (SD)	21,25 (9,70)	17,50 (6,66)	9,89 (6,51)

Vorgeschichte) jeweils eine eigene Kontrollgruppe rekrutiert. Die Kontrollgruppen wurden hinsichtlich der Kriterien Schulbildung und Alter mit den klinischen Gruppen parallelisiert, sodass bezüglich dieser Kriterien keine signifikanten Unterschiede zwischen den klinischen und den Kontrollgruppen bestehen. Die Probanden für die Kontrollgruppen nicht essgestörter Männer wurden an der Universität Osnabrück sowie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, rekrutiert. Bei den Männern der Kontrollgruppe wurde ebenfalls ein SKID-Interview für die Achse-I-Störungen durchgeführt. Es wurden jene Männer in die Untersuchung aufgenommen, die sich nicht in psychotherapeutischer Behandlung befanden, die keine Achse-I-Störung und mindestens einen Body-Mass-Index (BMI) von 18,0 kg/m² aufwiesen. Die soziodemografischen Charakteristika aller sechs Gruppen sind in der folgenden **Tab. 1** aufgeführt. Die weiteren klinischen Merkmale der Patientengruppen finden sich in **Tab. 2**.

Datenanalyse

Für den Vergleich der Gruppe der Anorexiepatienten sowie der Patienten mit einer Essstörung in der Vorgeschichte mit ihrer jeweiligen Kontrollgruppe wurden T-Tests für unabhängige Stich-

proben berechnet. Da der Stichprobenumfang in der Gruppe der Patienten mit einer Bulimia nervosa für die Berechnung eines T-Tests zu klein ist, wurde der Vergleich dieser Gruppe mit der parallelisierten Kontrollgruppe mit dem Fisher-Pitman-Test vorgenommen. Es handelt sich dabei um einen Randomisierungstest für Daten mit Intervallskalenniveau. Der Fisher-Pitman-Test eignet sich speziell zur Analyse von Mittelwertsunterschieden kleiner Stichproben und ist bis zu einer Stichprobengröße von n = 15 (Summe aus klinischer und Kontrollgruppe) ökonomisch einsetzbar [36]. Wegen der kleinen Stichprobenumfänge wurden für die Gruppenvergleiche auch Testergebnisse mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit kleiner als 10% und größer als 5% interpretiert, da sie zumindest einen Trend anzeigen können. Der Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit und Selbst-Ideal-Diskrepanzen wurde mit Pearson-Korrelationen zwischen den Ergebnissen im FKB-20 und den Diskrepanzmaßen zu Körperfettanteil und Muskularität in der Gesamtstichprobe überprüft.

Ergebnisse

Für alle drei klinischen Gruppen ergaben sich deutliche Unterschiede zu den jeweiligen Kontrollgruppen hinsichtlich der Körperzufriedenheit, gemessen mit dem FKB-20. Anorexie- und Bulimiepatienten unterschieden sich auf beiden Skalen signifikant von den in den Kontrollgruppen erhobenen Daten. Für die Männer mit einer Essstörung in der Vorgeschichte war der Unterschied in der Skala *Ablehnende Körperbewertung* des FKB-20 signifikant, während sich für die Skala *Vitale Körperdynamik* ein Trend ergab (**Tab. 3**).

Für Männer mit einer Anorexia nervosa ergab sich eine geringere wahrgenommene Muskularität als in der Kontrollgruppe. Männer mit Bulimia nervosa nahmen an ihren Körpern einen größeren Fettanteil wahr als die Männer der Kontrollgruppe. Das gewünschte Körperbild wies in der Gruppe der Männer mit Anorexia nervosa im Vergleich zur Kontrollgruppe weniger Muskularität auf. Der durchschnittliche männliche Körper wurde ebenso wie das männliche Körperbild, das Frauen am besten gefällt, von den Männern mit Bulimia nervosa als dünner, d. h. mit weniger Körperfettanteil, beurteilt als von Männern der Kontrollgruppe (**Tab. 3**).

Tab. 3 Unterschiede in den Körperbildern (M, SD) zwischen Untersuchungs- und Kontrollgruppen

Diagnose	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			frühere Esstörung				
	n	12	15	T	p	5	10	p	9	15	T	p
BMI		17,61 (3,17)	24,11 (3,58)	-4,93	0,000	27,20 (6,89)	24,02 (4,24)	n. s.	23,50 (2,70)	22,65 (3,91)	0,57	
FKB-20, Skala AKB		32,42 (7,40)	17,80 (3,69)	6,70	0,000	35,80 (7,79)	17,7 (4,47)	0,003	24,89 (7,85)	18,13 (3,98)	2,81	0,010
FKB-20, Skala VKD		27,00 (4,71)	37,93 (4,10)	-6,45	0,000	30,00 (7,14)	37,10 (3,48)	0,012	33,33 (6,04)	37,27 (4,54)	-1,81	0,083
Körperfettanteil												
wahrgenommen ¹		13,33 (10,14)	15,73 (9,62)	-0,63	n. s.	25,60 (6,69)	16,00 (10,33)	0,052	16,00 (8,25)	14,40 (9,30)	0,43	n. s.
gewünscht ²		14,67 (5,21)	15,20 (6,09)	-0,24	n. s.	13,60 (7,80)	14,80 (5,98)	n. s.	16,00 (4,90)	14,67 (5,98)	0,56	n. s.
Selbst-Ideal-Diskrepanz		1,33 (10,97)	-0,53 (7,39)	-0,53	n. s.	-12,00 (8,00)	-1,20 (5,67)	0,01	0,00 (5,66)	0,27 (5,95)	0,11	n. s.
durchschnittl. Mann ³		21,00 (5,69)	20,53 (4,75)	0,23	n. s.	12,80 (5,22)	20,40 (2,27)	0,058	20,00 (3,46)	19,73 (3,85)	0,17	n. s.
attraktiv für Frauen ⁴		15,67 (4,75)	16,53 (4,75)	-0,51	n. s.	12,80 (5,22)	18,90 (5,55)	0,056	16,44 (5,46)	16,53 (4,98)	-0,04	n. s.
Muskularitätsindex												
wahrgenommen ¹		17,62 (1,30)	20,23 (2,93)	-2,85	0,009	19,80 (2,00)	19,99 (2,65)	n. s.	21,33 (3,25)	20,03 (2,31)	1,15	n. s.
gewünscht ²		20,38 (1,63)	22,00 (2,45)	-1,97	0,06	22,80 (2,88)	21,45 (1,59)	n. s.	22,50 (2,49)	21,70 (1,87)	0,90	n. s.
Selbst-Ideal-Diskrepanz		2,75 (1,67)	1,77 (1,42)	-1,64	n. s.	3,00 (3,18)	1,46 (1,42)	n. s.	1,17 (1,64)	1,67 (1,38)	0,81	n. s.
durchschnittl. Mann ³		20,13 (1,63)	20,90 (1,55)	-1,26	n. s.	20,70 (1,26)	20,25 (1,46)	n. s.	20,83 (1,58)	20,80 (1,49)	0,05	n. s.
attraktiv für Frauen ⁴		21,75 (1,50)	23,00 (2,51)	-1,52	n. s.	22,50 (3,18)	22,95 (2,35)	n. s.	22,50 (2,37)	23,00 (2,38)	-0,50	n. s.

KG = Kontrollgruppe; BMI = Body-Mass-Index; FKB-20 = Fragebogen zum Körperbild; AKB = Skala ablehnende Körperbewertung des FKB-20; VKD = Skala vitale Körperdynamik des FKB-20; Selbst-Ideal-Diskrepanz = gewünschter minus wahrgenommener Index (Körperfettanteil bzw. Muskularitätsindex)

Die Stichworte der Tabelle entsprechen den folgenden Instruktionen im Computerprogramm: ¹ Wählen Sie bitte das Bild aus, das am ehesten Ihrem Körper entspricht. ² das am ehesten Ihrem Wunschkörper entspricht. ³ das am ehesten dem Körper einer Durchschnittsperson ihres Alters entspricht. ⁴ das Ihrer Meinung nach Frauen am besten gefällt.

Hinsichtlich der Selbst-Ideal-Diskrepanzen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen Patienten mit einer Bulimia nervosa und der Kontrollgruppe bezogen auf den Körperfettanteil. Männer mit Bulimia wünschten sich einen deutlich niedrigeren Körperfettanteil (● Tab. 3 u. ● Abb. 2). Bezüglich der Differenzen zwischen wahrgenommener und gewünschter Muskularität ergaben sich keine signifikanten Unterschiede. Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa wünschten sich im Durchschnitt allerdings einen größeren Zuwachs an Muskeln als dies bei Männern der Kontrollgruppe der Fall war (● Tab. 3 u. ● Abb. 3). Der Vergleich der Patienten mit einer Esstörung in der Vorgeschichte ergab keine statistisch signifikanten Unterschiede zur Kontrollgruppe bezüglich der mit dem Computerprogramm erhobenen Daten.

Zwischen der Körperzufriedenheit im FKB-20 und den mit der *Somatomorphic Matrix* erhobenen Selbst-Ideal-Diskrepanzen ergaben sich signifikante korrelative Zusammenhänge. Die Skala *Ablehnende Körperbewertung* korrelierte in der Gesamtstichprobe aller untersuchten Männer zu 0,32 ($p = 0,02$) mit der Selbst-Ideal-Diskrepanz bezüglich des Körperfettanteils sowie zu 0,29 ($p = 0,04$) mit der Selbst-Ideal-Diskrepanz bezüglich der Muskularität. Für die Skala *Vitale Körperdynamik* ergab sich eine signifi-

kante Korrelation von 0,43 ($p = 0,002$) zur Selbst-Ideal-Diskrepanz bezüglich der Muskularität.

Diskussion

Bei der Gruppe der anorektischen Esstörungen wurden Patienten mit typischer und atypischer Anorexie zusammengefasst. Der häufigste Grund dafür, dass die Magersucht als atypisch diagnostiziert wurde, war das nicht erfüllte Gewichtskriterium bei dennoch erheblichem und selbst herbeigeführtem Gewichtsverlust. Entsprechend wies die Gruppe der Patienten mit Anorexie insgesamt einen BMI knapp über dem Grenzkriterium von $17,5 \text{ kg/m}^2$ auf. Für die Bulimiepatienten ergab sich mit einem BMI von 27,2 ein leichtes Übergewicht, während die Männer mit einer Esstörung in der Vorgeschichte mit einem durchschnittlichen BMI von 23,5 als normalgewichtig einzustufen sind. Insgesamt weisen die erhobenen klinischen Parameter (Anzahl der Achse-I-Diagnosen, Dauer der Esstörung, Anzahl stationärer Behandlungen, Depressivität) darauf hin, dass es sich in den drei klinischen Gruppen um Männer mit gegenwärtig bzw. ehemals klinisch relevanten Störungen des Essverhaltens handelt.

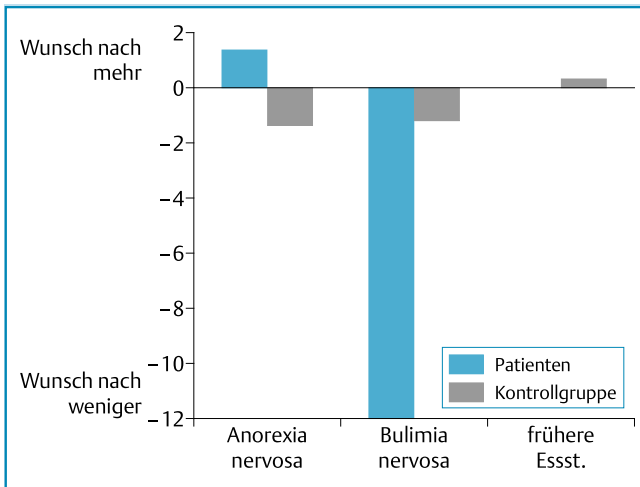


Abb. 2 Selbst-Ideal-Diskrepanzen bezüglich Körperfettanteil in den Untersuchungsgruppen.

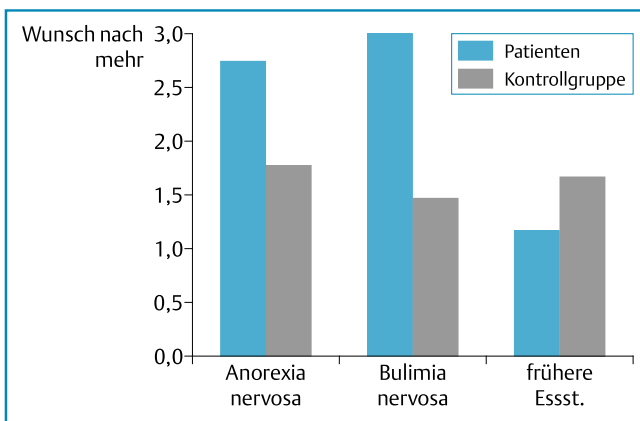


Abb. 3 Selbst-Ideal-Diskrepanzen bezüglich Muskularität in den Untersuchungsgruppen.

Hypothesenkonform waren die Ergebnisse zur Körperzufriedenheit. Die ablehnende Körperbewertung war in allen drei Gruppen stärker ausgeprägt als in den jeweiligen Kontrollgruppen. Gleichzeitig nahmen die Patienten ihre Körper weniger vital und dynamisch wahr als die Männer der Kontrollgruppe. Die Ablehnung des Körpers war bei den Bulimiepatienten am stärksten ausgeprägt. Hier mag das Körpergewicht der Patienten eine wichtige Rolle für die besonders hohe Unzufriedenheit mit dem Körper gespielt haben. Aber auch Patienten mit einer Anorexia nervosa kennzeichnet eine stark ablehnende Körperbewertung. Die dargestellten Werte entsprechen etwa den von Clement u. Löwe [21] angegebenen Mittelwerten für Frauen mit anorektischen bzw. bulimischen Essstörungen. Die vitale Körperdynamik war bei den Anorexiepatienten am niedrigsten. Der anorektische Körper scheint von den Patienten als in seiner Energetik und Dynamik besonders eingeschränkt wahrgenommen zu werden.

Patienten mit einer Essstörung in der Vorgeschichte erzielten Werte im FKB-20, die zwar auf die geringste Unzufriedenheit mit dem Körper im Vergleich mit den beiden Patientengruppen schließen lassen. Dennoch ist die Körperzufriedenheit geringer als bei den Männern der Kontrollgruppe. Hier zeigt sich, dass ähnlich wie bei Frauen mit Essstörungen [37] auch bei Männern negative Körperbilder wahrscheinlich trotz einer überwunde-

nen manifesten Symptomatik durchaus noch fortbestehen können.

Der höhere wahrgenommene Körperfettanteil der Bulimiepatienten entspricht deren höherem Körpergewicht und ist daher wahrscheinlich ähnlich wie die als geringer wahrgenommene Muskularität der Anorexiepatienten als durchaus angemessene Selbsteinschätzung zu werten. Ein in den klinischen Gruppen ausgeprägter Wunsch nach Muskularität und Schlankheit als bei den nicht essgestörten Männern konnte nicht gezeigt werden. Auch die Vorstellungen von einem durchschnittlichen männlichen Körperbild und dem von Frauen favorisierten männlichen Körperbild unterschieden sich lediglich in der Gruppe der Männer mit Bulimie von der Kontrollgruppe. Möglicherweise ist die Einschätzung von Körperbildern, die sich nicht auf den eigenen Körper beziehen, bei essgestörten Patienten einer weniger starken Verzerrung unterworfen als die stärker selbstreferenziellen Beurteilungen des eigenen Körpers [38,39]. Männer mit Essstörungen scheinen somit zumindest nicht generell durch das gesellschaftlich determinierte männliche Körperideal in besonderer Weise beeinflusst zu sein.

Dies könnte lediglich für die hier untersuchten Männer mit Bulimie der Fall sein. Dass diese Männer das durchschnittliche sowie das von Frauen favorisierte männliche Körperbild besonders schlank einschätzten, mag in Kombination mit dem durchschnittlich relativ hohen Körpergewicht der Männer zu der ausgeprägten Selbst-Ideal-Diskrepanz beitragen. Wenn das gesellschaftliche Körperideal als so deutlich schlanker als der eigene Körper wahrgenommen wird, könnte dies dazu führen, dass auch das Ideal des eigenen Körpers deutlich schlanker ist als die Wahrnehmung desselben. Ganz ähnliche Selbst-Ideal-Diskrepanzen konnten auch für Frauen mit bulimischen Essstörungen bereits gezeigt werden [20]. Auch Mangweth et al. [17] fanden Störungen der Körperwahrnehmung nur bei Männern mit einer Bulimia nervosa.

Obwohl Anorexiepatienten im FKB eine erhebliche Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper angaben, wünschten sie sich doch ähnlich wie die Männer der gesunden Kontrollgruppe keinen wesentlich anderen Körperfettanteil als sie ihn bei sich selbst wahrnehmen. Auch dieses Ergebnis wurde in ähnlicher Form bereits für Patientinnen gefunden [20]. Es ist wahrscheinlich als Ausdruck der Ambivalenz zu werten, die Anorexiepatienten einer Gewichtszunahme entgegenbringen.

Der Wunsch nach mehr Muskularität scheint dagegen für alle Gruppen zu gelten und ist nicht nur bei essgestörten, sondern auch bei gesunden Männern zu beobachten [11]. Hier scheinen sich tatsächlich die kulturellen Einflüsse sowohl bei essgestörten als auch bei nicht essgestörten Männern auszuwirken. Eine besondere Ausprägung bei essgestörten Männern konnte allerdings nicht gezeigt werden.

Männer mit einer Essstörung in der Vorgeschichte nahmen in der Auswertung insgesamt eine Zwischenstellung ein. Sie waren normalgewichtig und zeigten bei der Auswahl der Computerbilder keine bedeutsame Störung der Körperwahrnehmung und -zufriedenheit. Von den Kontrollprobanden unterschieden sie sich in dieser Hinsicht kaum. Im FKB-20 zeigten sich dennoch auch für diese Gruppe Beeinträchtigungen. Dies könnte darauf hinweisen, dass eine negative kognitiv-affektive Bewertung des eigenen Körpers u.U. trotz überwundener Essstörung länger bestehen bleibt, als dies für Verzerrungen der Körperperzeption der Fall ist.

Der postulierte Zusammenhang zwischen Körperzufriedenheit und Selbst-Ideal-Diskrepanzen konnte in der vorliegenden Un-

tersuchung auch für Männer gezeigt werden. Dabei scheint der Muskularität eine dem Körperfettanteil mindestens gleichwertige Bedeutung zuzukommen. Dieses Ergebnis bietet einen weiteren Hinweis darauf, dass ein Zusammenhang mit den sich verändernden gesellschaftlichen Idealen männlicher Attraktivität bestehen könnte. Ein den eigenen Körper akzeptierendes Erleben sowie das Gefühl, den Körper als Ort vitaler Dynamik zu erleben, scheint bei Männern nicht nur die Schlankheit zu betreffen, sondern auch die Muskularität des Körpers.

Die dargestellten Befunde wurden an sehr kleinen und heterogenen Stichproben gewonnen. Dies darf sicher als Einschränkung für die Bewertung und Interpretation der Ergebnisse gesehen werden. Die Ergebnisse bedürfen der weiteren Absicherung an größeren Stichproben. Außerdem hat die Forschung zu Körperbildern bei essgestörten Patientinnen gezeigt, dass die gefundenen Ergebnisse eine nicht unerhebliche Methodenabhängigkeit zeigen [40]. Auch vor diesem Hintergrund und aufgrund der noch ausstehenden weiteren Absicherung der Reliabilität der *Somatomorphic Matrix* sollten die beschriebenen Ergebnisse zurückhaltend interpretiert werden.

Fazit für die Praxis

Für die klinische Praxis kann festgehalten werden, dass bei Männern mit einer Essstörung ähnlich wie bei Frauen eine positivere Bewertung und Wahrnehmung des eigenen Körpers ein wichtiges Therapieziel sein sollte. Wahrscheinlich sollten sowohl das Körpergewicht und damit die Schlankheit des Körpers als auch die Muskulatur mit essgestörten Männern thematisiert werden, wenn deren Körperbild in der Behandlung fokussiert wird.

Danksagung

Die Autoren bedanken sich bei Svenja Solzbacher und Lena Raykowski für die Rekrutierung der Kontrollgruppe. Der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt, der Curtius Klinik in Bad Malente, der Klinik Schweriner See in Lübstorf sowie der Abteilung für Psychosomatik und Schmerztherapie des Asklepios-Westklinikum Hamburg danken wir für die freundliche Unterstützung bei der Rekrutierung der Patienten.

Literatur

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994
- 2 Crisp AH, Burns T, Bhat AV. Primary anorexia nervosa in the male and female: A comparison of features and prognosis. *British Journal of Medical Psychology* 1987; 59: 123 – 132
- 3 Fichter MM, Daser C. Symptomatology, psychosexual development and gender identity in 24 anorexic males. *Journal of Psychological Medicine* 1987; 17: 409 – 418
- 4 Pope HG, Olivardia R, Gruber A, Borowiecki J. Evolving ideals of male body image as seen through action toys. *International Journal of Eating Disorders* 1999; 26: 65 – 72
- 5 Baghurst T, Hollander DB, Nardella B, Haff GG. Change in sociocultural ideal male physique: An examination of past and present action figures. *Body Image* 2006; 3: 87 – 91
- 6 Leit RA, Pope HG, Gray JJ. Cultural expectations of muscularity in men: the evolution of playgirl centerfolds. *International Journal of Eating Disorders* 2001; 29: 90 – 93
- 7 Frederick DA, Fessler DMI, Haselton MG. Do representations of male muscularity differ in men's and women's magazines? *Body Image* 2005; 2: 81 – 86
- 8 Hargreaves DA, Tiggemann M. Idealized media images and adolescent body image: „comparing boys and girls“. *Body Image* 2004; 1: 351 – 361
- 9 Leit RA, Gray JJ, Pope HG. The media's representation of the ideal male body: a cause of muscle dysmorphia? *International Journal of Eating Disorders* 2002; 31: 334 – 338
- 10 Olivardia R, Pope HG, Borowiecki JJ, Cohane GH. Biceps and body image: The relationship between muscularity and self-esteem, depression, and eating disorder symptoms. *Psychology of men and masculinity* 2004; 5: 112 – 120
- 11 Pope HG, Gruber A, Mangweth B et al. Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1297 – 1301
- 12 Pope HG, Phillips KA, Olivardia R. *The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: Free Press, 2000
- 13 Shroff H, Thompson K. The tripartite influence model of body image and eating disturbance: A replication with adolescent girls. *Body Image* 2006; 3: 17 – 23
- 14 Tiggemann M. Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body Image* 2005; 2: 129 – 135
- 15 Stice E. Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 2002; 128: 825 – 848
- 16 Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body-images of patients with anorexia or bulimia nervosa and their fathers. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. (im Druck)
- 17 Mangweth B, Hausmann A, Walch T et al. Body fat perception in eating-disordered men. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35: 102 – 108
- 18 Cash TF, Deagle EA. The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders* 1997; 22: 107 – 125
- 19 Stice E, Shaw HE. Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: a synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 985 – 993
- 20 Benninghoven D, Jürgens E, Mohr A et al. Different changes of body-images in patients with anorexia or bulimia nervosa during inpatient psychosomatic treatment. *European Eating Disorders Review* 2006; 14: 88 – 96
- 21 Clement U, Löwe B. Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Göttingen: Hogrefe, 1996
- 22 Wittchen H-U, Wunderlich U, Gruschwitz S, Zaudig M. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe, 1997
- 23 Beck AT. Beck-Depressions-Inventar. Deutsche Bearbeitung: Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F. Göttingen: Hogrefe, 1995
- 24 Gruber AJ, Pope HG, Borowiecki JJ, Cohane G. The development of the somatomorphic matrix: a bi-axial instrument for measuring body image in men and women. In: Norton K, Olds T, Kollman J (Hrsg): *Kinanthropometry VI*. Adelaide: International Society for the Advancement of Kinanthropometry, 2000: 217 – 231
- 25 Hausmann A, Mangweth B, Walch T et al. Body image dissatisfaction in gay versus heterosexual men: is there really a difference? *Journal of Clinical Psychiatry* 2004; 65: 1555 – 1558
- 26 Grabhorn R, Köpp W, Gitzinger I et al. Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 2003; 53: 15 – 22
- 27 Cafri G, Strauss J, Thompson JK. Male body image: Satisfaction and its relationship to well-being using the somatomorphic matrix. *International Journal of Men's Health* 2002; 1: 215 – 231
- 28 Lipinski J, Pope HG. Body ideal in young samoan men: A comparison with men in North America and Europe. *International Journal of Men's Health* 2002; 1: 163 – 171
- 29 Yang CF, Gray P, Pope HG. Male body image in Taiwan versus the West: Yanggang Zhiqi meets the Adonis complex. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 263 – 269
- 30 Gruber AJ, Pope HG, Lalonde JK, Hudson JI. Why do young women diet? The roles of body fat, body perception, and body ideal. *Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62: 609 – 611
- 31 Benninghoven D, Tetsch N, Kunzendorf S, Jantschek G. Body image in eating disorder patients and their mothers, and the role of family functioning. *Comprehensive Psychiatry* 2006; DOI: 10.1016/j.comppsych.2006.08.003

- 32 Cafri G, Roehrig M, Thompson JK. Reliability assessment of the somatomorphic matrix. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 35: 597 – 600
- 33 Cafri G, Thompson JK. Measuring male body image: A review of the current methodology. *Psychology of Men and Masculinity* 2004; 5: 18 – 29
- 34 Jürgens E, Benninghoven D. Adaptierte Version der Somatomorph Matrix. Forschungsbericht der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Lübeck: Universitätsklinikum Schleswig-Holstein-Campus, 2002
- 35 Carlat DJ, Camargo CA, Herzog DB. Eating disorders in males: A report on 135 patients. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154: 1127 – 1132
- 36 Bortz J, Lienert GA. Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichproben. Berlin: Springer, 2003
- 37 Keel PK, Mitchell JE, Miller KB et al. Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 1999; 56: 63 – 69
- 38 Williamson DA. Body image disturbance in eating disorders: A form of cognitive bias? *Eating disorders. The Journal of Treatment and Prevention* 1997; 4: 47 – 58
- 39 Williamson DA, Stewart TM, White MA, York-Crowe E. An information-processing perspective on body image. In: Cash TF, Pruzinsky T (eds): *Body image: A handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press, 2002: 47 – 54
- 40 Skrzypek S, Wehmeier PM, Remschmidt H. Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2001; 10: 215 – 221

Datum Ort	Veranstaltung	Auskunft
11. – 13.5.2007 Regensburg	22. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung (DGfS) Lust und Schmerz – sadomasochistische Perspektiven	Dr. A. Hill, DGfS, Institut für Sexualforschung u. Forensische Psychiatrie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Tel.: 040/42803-3214, Fax: 040/42803-6406, hill@uke.uni-hamburg.de, http://www.dgfs.info/
11. – 13.5.2007 Lübeck-Travemünde	„Aufbruch ins Ungewisse. Identitätswandel in Gruppen“ Jahrestagung der Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie im DAGG (Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik)	Dr. Angelika Berghaus, Johnsallee 65, 20146 Hamburg, Tel.: 040/46776138, Fax: 040/46776137, aberghaus@t-online.de
20. – 23.6.2007 Madison, Wisconsin/USA	„Innovation and convergence in psychotherapy research“ 38 th Annual Meeting, Society for Psychotherapy Research	Dr. Jaques Barber, University of Pennsylvania, host@psychotherapyresearch.org, http://www.psychotherapyresearch.org/
6. – 8.7.2007 München	Neurobiologie der Psychotherapie	Schattauer GmbH, Klaus Jansch, Hölderlinstr. 3, 70174 Stuttgart, Tel.: 0711/22987-59, Fax: 0711/22987-50, Klaus.Jansch@Schattauer.de, http://www.schattauer.de/neurobiologie_der_psychotherapie.html
24. – 25.8.2007 Dortmund, Hemer	9. Dortmund-Hemeraner Fachtagung für Psychiatrie und Psychotherapie „Die psychiatrische Erkrankung, der psychisch Kranke und die Gesellschaft – Zur biologischen individuellen und sozialen Dimension psychischen Krankseins in Zeiten des Wandels“	Medi-Office, Medizinischer Dokumenten- und Kongressservice, Carsten Brall, M.A., Fröschengasse 15, 66111 Saarbrücken, Tel.: 0681/9409760, brall@medi-office.de, Vorprogramm auch unter www.medi-office.de einsehbar.
14. – 15.9.2007 Bad Honnef	Internationale Fachtagung des Psycho-traumatology Institute Europe (PIE) und der Rhein-Klinik Bad Honnef Trauma – Dissoziation – Persönlichkeitsstörung	Online über www.PI-Europe.eu oder Tel.: 02224/185-106, Ausführliches Programm ab Frühjahr 2007 verfügbar