

Vom muskulären Ideal zur Körperbildstörung zur Krankheit

Muskeldysmorphie

Robin Halioua^{a,b}, dipl. Arzt; Dr. med. Markus Deutschmann^b; PD. Dr. med. Stefan Vetter^a;
PD. Dr. med. Matthias Jäger^b; Prof. Dr. med. Erich Seifritz^b; Dr. med. Malte Christian Claussen^b

^a Zentrum für Integrative Psychiatrie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

^b Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Das muskuläre Schönheitsideal für den Mann hat sich in den letzten Jahrzehnten entwickelt. Ein negatives Körperbild – die Befürchtung, nicht muskulös genug gebaut zu sein – ist Leitmotiv für ein strenges Trainings- und Diätregime. Führt Letzteres zu Beeinträchtigungen im Alltag oder einem Leidensdruck, spricht man von Muskeldysmorphie.

Einleitung

Unterlagen Männer anders als Frauen lange Zeit keinem unrealistischen vorherrschenden Schönheitsideal, so ist seit den 1970er Jahren ein Wandel hin zum heutigen muskulären Schönheitsideal sowie dessen Verbindung mit den männlichen Geschlechterrollen zu beobachten. Gleichzeitig hat die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper in den letzten Jahrzehnten nicht nur bei Frauen, sondern auch bei Männern deutlich zugenommen. Gaben 1973 15% der Männer in einer grossen Umfrage im *Psychology Today* an, mit ihrem Körper unzufrieden zu sein [1], so waren es 1997 in einer ähnlichen Umfrage bereits 43% [2]. Im selben Zeitraum verdoppelte sich der Bizepsumfang der beliebten Actionfigur G.I. Joe und erreichte einen Umfang von dem auch heutige Weltklasse-Bodybuilder noch weit entfernt sind [3]. Doch nicht nur Actionfiguren sind in diesem Zeitraum deutlich muskulöser geworden, auch das Covermodell des *Playgirls* weist heute im Vergleich zu den 1970er Jahren 12 kg mehr Muskel- und 5 kg weniger Fettmasse auf [4]. Der Einfluss des propagierten Schönheitsideals auf die Entwicklung einer Körperunzufriedenheit ist bei Frauen gut untersucht [5] und lässt sich auch bei Männern nachweisen [6]. Essstörungen werden heutzutage nach wie vor als vornehmlich weibliches Problem verkannt, doch auch Männer reagieren mitunter auf den zunehmenden medialen Druck mit einem gestörten Essverhalten, das aber durch die herkömmlichen Screeningverfahren teilweise nur unzureichend erfasst wird.

Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Entstehung und Entwicklung der Körperbildstörung bei Männern und deren Einfluss auf die Entwicklung der Muskeldysmorphie, die im Volksmund unter dem Namen «Adonis-Komplex» bekannt ist und mit der DSM 5 («Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.») erstmals in die Klassifikation psychischer Erkrankungen aufgenommen wurde.

Körperbildstörung

Ein negatives Körperbild stellt ein zentrales Merkmal der Muskeldysmorphie dar. Als Körperbild definiert man die mentale Repräsentation des eigenen Körpers und der eigenen Figur sowie die Gefühle, Gedanken und das Verhalten, die mit dieser Repräsentation einhergehen [7].

Bereits das erste Diagnosekriterium der Muskeldysmorphie beschreibt die Art der Körperbildstörung: Betroffene leiden an der Vorstellung und Befürchtung, einen nicht ausreichend muskulös gebauten Körper zu haben, obwohl sie muskulös sind. Ähnlich den Anorexie-Patientinnen, die sich als zu adipös ansehen, nehmen sich muskeldysmorphe Patienten als schwächlich und untrainiert wahr, obwohl sie von der Normalbevölkerung als sehr trainiert und muskulös angesehen werden. Doch woher kommt das?

Vor dem Hintergrund des aktuellen Schönheitsideals müssen hierbei vorerst zwei wichtige Komponenten der Körperzusammensetzung unterschieden werden: Muskel- und Fettmasse [8]. Diese können unabhängig voneinander verändert werden, sei es durch Training oder Ernährung, und können somit sowohl als eigenständige Dimensionen betrachtet werden als auch in deren Verbindung, da der Fettgehalt Einfluss auf die Sichtbarkeit der Muskulatur nimmt. Sowohl bei Frauen als auch bei Männern spielen die genannten Komponenten eine entscheidende Rolle für die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, jedoch in unterschiedlichem Ausmass. Während sich normalgewichtige Frauen tendenziell eher als übergewichtig wahrnehmen und ein Schlank-

Das Editorial zu diesem Artikel finden Sie auf S. 147 in dieser Ausgabe.



Robin Halioua

heitsbestreben entwickeln, nehmen sich normalgewichtige Männer als eher untergewichtig wahr und zeigen häufiger ein Muskuloseitsbestreben [9, 10]. Dies erklärt, weshalb ein nicht unerheblicher Teil der Männer in der Umfrage vom *Psychology Today* angab, sich als zu schwächlich wahrzunehmen und an Gewicht zunehmen zu wollen [2]. Hierbei ist jedoch nicht die Zunahme von Fett, sondern die Zunahme von Muskelmasse gemeint, was in der Literatur als Muskuloseitsbestreben bezeichnet wird. Doch auch für Männern gilt übermässiges Körperfett als wenig erstrebenswert und so fanden sich in besagter Umfrage auch Männer, die angaben, Gewicht verlieren zu wollen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass bei Männern sowohl ein Schlankheits- als auch ein Muskuloseitsbestreben vorliegt, und so kann es sein, dass ein Mann gleichzeitig an Muskelmasse zu- und an Fettmasse abnehmen muss, will er diesem Schönheitsideal entsprechen [11, 12].

Der Wunsch nach mehr Muskelmasse erklärt auch, wieso der Berücksichtigung der sportlichen Aktivitäten in der Betrachtung der männlichen Körperbildstörung eine wichtige Rolle zukommt. Während die Verfolgung eines schlanken Körperideals über die Ernährung und Restriktion von Kalorien gesteuert werden kann, braucht es zum Aufbau von Muskulatur zwingend eine sportliche Betätigung, wobei hier das Muskelaufbautraining mit Gewichten besonders erwähnt sei. Welche Rolle der Sport in der Ausbildung einer Körperbildstörung genau spielt, ist zurzeit unklar. Wichtig dabei scheint jedoch zu sein, welche Ziele mit der sportlichen Aktivität verfolgt werden. So konnten Hallsworth et al. [13] zeigen, dass Bodybuilder mit ihrem Körper unzufriedener waren als ebenfalls mit Gewichten trainierende Sportler. Dies wurde unter anderem damit erklärt, dass Bodybuilder primär der Optik und nicht der Leistung wegen trainieren und somit tendenziell einer grösseren Selbst-Objektivierung ausgesetzt sind. Die Objektivierungstheorie wurde von Fredrickson und Roberts [14] entwickelt und besagt, dass Frauen kulturell dazu angeleitet werden, ihren Körper anhand der internalisierten Perspektive des anderen wahrzunehmen und ihn entsprechend zu objektivieren. Diese objektivierte Selbstwahrnehmung des Körpers kann auch auf Männer übertragen werden. Tatsächlich konnten Studien zeigen, dass Männer mit einem höheren Mass an Selbst-Objektivierung ihren Körper negativer bewerteten, sich einen muskulöseren Körper wünschten und Sport eher aus optischen Gründen praktizierten [13, 15, 16].

Die alleinige Betrachtung des Muskuloseitsbestrebens würde die Verfolgung des muskulären Schönheitsideals nur unzureichend, gar einseitig, beschreiben. Nur wenige Männer streben nach der Muskelmasse eines Wett-

kampfbodbuilders und auch das propagierte Schönheitsideal sieht eine derartige Muskelmasse nicht vor. Neben dem Muskuloseitsbestreben gibt es noch eine zweite Komponente, die im Englischen als «drive for leanness» bezeichnet wird. Hierbei geht es darum, den Körperfettanteil zu senken, um die vorhandene Muskulatur sichtbarer zu machen. Anders als das Schlankheitsbestreben, das hauptsächlich das Erreichen einer schlanken/dünnen Statur vorsieht, beschreibt der «drive for leanness» in erster Linie das Verhältnis zwischen Muskulatur und Fettgehalt und nicht die Statur. Je niedriger der Körperfettanteil, desto besser sichtbar wird die darunter liegende Muskulatur. Zu Deutsch wird hier von der Definition gesprochen. Welchen Einfluss der «drive for leanness» auf die Ausbildung einer Körperschema- und Essstörung hat, ist derzeit nicht genau bekannt. Denkbar wäre es jedoch, dass er ähnlich dem Schlankheitsbestreben positiv mit gestörtem Essverhalten und der Ausbildung einer Essstörung korreliert, da der Körperfettanteil hauptsächlich über die Ernährung reguliert wird (Tab. 1).

Tabelle 1: Unterschiede der verschiedenen Bestrebungen.

| | |
|-------------------------|---|
| «drive for muscularity» | Beschreibt den Drang, einen muskulösen Körper zu haben |
| «drive for leanness» | Beschreibt den Drang, einen definierten Körper zu haben |
| «drive for thinness» | Beschreibt den Drang, einen schlanken Körper zu haben |

Wie lässt sich dies nun in ein Erklärungsmodell integrieren?

Neben den medialen Einflüssen auf die Körperzufriedenheit konnten in Studien ebenfalls wichtige Einflüsse aus dem sozialen Umfeld von Jugendlichen aufgezeigt werden [17]. Hierbei seien besonders Freunde und Familienmitglieder erwähnt, die zur Internalisierung des vorherrschenden Schönheitsideals beitragen. Nach dem Modell zur Entstehung von Körperbildstörungen bei Männern (Abb. 1) werden die Internalisierung des Schönheitsideals sowie die Unzufriedenheit mit der Muskel- als auch der Fettmasse als Mediatoren zwischen den vorherrschenden Einflüssen und dem anschliessenden Verhalten zur Körpermodifikation verstanden. Die Unzufriedenheit mit dem Körperfettanteil korrelierte hierbei mit dem Auftreten von gestörtem Essverhalten, die Unzufriedenheit mit der Muskelmasse mit Muskelaufbauaktivitäten [18]. Wichtig hierbei anzumerken ist jedoch, dass die Internalisierung des von den Medien propagierten Schönheitsideals mit der Entwicklung eines Muskuloseitsbestrebens korreliert [19], unabhängig davon, ob es zu einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper führt oder nicht [18]. Dies scheint wichtig, denn nicht jede Internalisie-

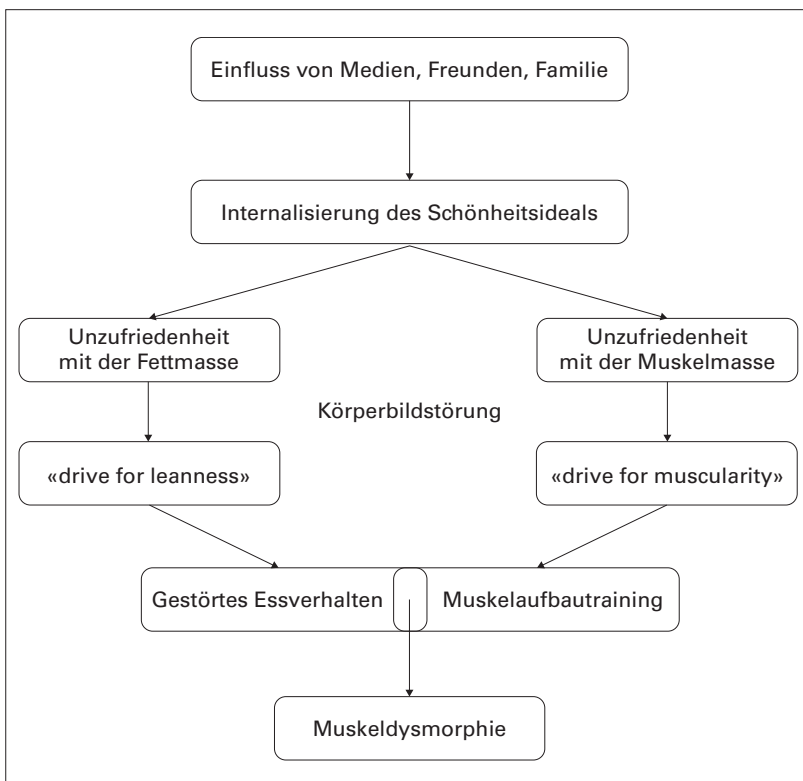


Abbildung 1: Modell zur Entstehung von Körperbildstörungen bei Männern (modifiziert nach [18]). Das Modell beschreibt den Einfluss von Freunden, Medien und Familien auf die Internalisierung des propagierten Schönheitsideals sowie die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper getrennt nach Muskel- und Fettmasse. Diese wiederum führt über das Bestreben, Muskeln aufzubauen oder Fett abzunehmen, zu Verhaltensmodifikationen, die je nach Ausmass die Diagnosekriterien einer Muskeldysmorphie erfüllen können.

rung des Schönheitsideals führt automatisch zur Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper.

Für die Ausbildung und Aufrechterhaltung einer Körperbildstörung scheint neben der Internalisierung des propagierten Schönheitsideals auch das häufige Betrachten oder Vergleichen des eigenen Körpers ausschlaggebend zu sein. So konnte gezeigt werden, dass häufiges Betrachten des eigenen Körpers im Spiegel («body checking») sich negativ auf die Körperzufriedenheit auswirkte [20] und die Tendenz, Aufwärtsvergleiche zu betreiben (Vergleich des eigenen Körpers mit den Körpern anderer, die als attraktiver wahrgenommen werden), mit einer höheren Körperunzufriedenheit korrelierte [21]. Vor allem der Betrachtung des eigenen Körpers scheint eine wichtige Rolle zuzukommen, da besonders hierbei negative Affekte ausgelöst werden [22]. Dies liesse sich unter anderem damit erklären, dass selbstbezogene Stimuli in hohem Masse negative Selbst-Schemata aktivieren, die wiederum eine verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers zur Folge haben. Dies führt dazu, dass bevorzugt unattraktiv empfundene Körperstellen betrachtet und verglichen werden, was schliesslich eine höhere Körperunzufriedenheit nach sich zieht [23].

Welche Faktoren genau für die Ausbildung einer Körperbildstörung oder gar Muskeldysmorphie eine Rolle spielen und wieso gewisse Männer eine solche entwickeln, während andere nur einfach gerne ins Fitnessstudio gehen, ist derzeit unklar.

Auch wenn von einem männlichen Schönheitsideal gesprochen wird, stellt sich die Frage, ob es Männern, die dieses Ideal verfolgen, tatsächlich um Schönheit geht? Der männliche Körper muss nicht unbedingt schön sein und trotzdem spielen Muskeln für die männliche Körperlichkeit eine zentrale Rolle, da sie seine Funktionalität unterstreichen. Die Funktionstüchtigkeit des männlichen Körpers ist seit Jahrhunderten integraler Bestandteil der männlichen Geschlechtsrolle [24]. Männlichkeit definiert sich nach wie vor stark über Macht, Geld und Leistung und so stehen Männern einige Ausgleichsfelder zur Verfügung. So ist es durchaus vorstellbar, dass körperlich schwächer gebaute Jungen durch intellektuelle Leistungen und technische Fertigkeiten Männlichkeitswerte erzielen können [24, 25]. Im Lichte dieser Perspektive kann die Hinwendung zum muskulären Ideal als Versuch einer männlichen Identitätsfindung verstanden werden, die es anhand der Körperperformance erlaubt, das Schicksal dem eigenen Handeln zu unterwerfen. Die Muskeldysmorphie stellt hierbei möglicherweise die pathologische Konfliktlösung einer subjektiv bedrohten oder ungenügend ausgestalteten Männlichkeit dar. Tatsächlich konnte in einer Studie gezeigt werden, dass Patienten mit einer Muskeldysmorphie in ihrer Kindheit und Jugend häufig Opfer von Mobbing waren und aufgrund eines schwächtigen Körperbaus, ungenügender intellektueller Leistungen oder fehlenden Talents für Sport schikaniert wurden [26]. Neben Geschwistern, Freunden und Trainern wurde der Vater hierbei häufig als zentral involvierte Person genannt. Die Ausbildung eines muskulösen Körpers mag hierbei sowohl als Panzerung, Schutz und Abgrenzung nach Aussen sowie der Kompensation eines subjektiv empfundenen Mangels männlicher Attribute dienen [27].

Epidemiologie

Die genaue Prävalenz der Muskeldysmorphie in der Allgemeinbevölkerung ist aktuell nicht bekannt [28]. Neuere Untersuchungen gehen jedoch davon aus, dass sie ungefähr derjenigen von Essstörungen bei Frauen entspricht (6,9%) [29]. Diese Zahl muss als grobe Schätzung angesehen werden, da in genannter Untersuchung keine klinischen Interviews durchgeführt worden waren. Obwohl die Erkrankung am häufigsten bei jüngeren Männern diagnostiziert wird, kann sie auch bei Frauen vorkommen, hierfür liegen jedoch ebenfalls

keine zuverlässigen Daten vor. Das Durchschnittsalter bei Erstdiagnose beträgt 19 Jahre, als Risikopopulation werden Bodybuilder angesehen [30].

Klinik

Die Muskeldysmorphie wurde erstmals 1993 von Pope et al. als «reverse anorexia» beschrieben, nachdem sie den Steroidkonsum männlicher Bodybuilder untersuchten und feststellten, dass einige der Probanden eine der Anorexia nervosa genau entgegengesetzte Körperbildstörung aufwiesen [31]. Später wurde die Störung in Muskeldysmorphie umbenannt und den körperdysomorphen Störungen zugeordnet. Sie wurde mit der DSM-5 erstmals in die Klassifikation der psychiatrischen Störungen aufgenommen.

Auch wenn die Diagnosekriterien (siehe Tab. 2) hauptsächlich durch die Untersuchung an Bodybuildern entwickelt wurden [32], ist extensives Bodybuilding oder Krafttraining mit der Diagnose der Muskeldysmorphie nicht gleichzusetzen. Für die Diagnosestellung sind zwingend Beeinträchtigungen in verschiedenen Lebensbereichen oder hoher Leidensdruck notwendig.

Betroffene leiden unter der Befürchtung, nicht muskulös genug zu sein, obwohl sie meist deutlich muskulöser sind als der Durchschnitt. Diese Befürchtung ist Leitmotiv für einen Lebensstil, der durch exzessiven Sport und eine minutiös geplante Diät geprägt ist und dessen Verfolgung von vielen Betroffenen als zwanghaft erlebt wird [33]. Über 50% der muskeldysomorphen Patienten beschreiben, keine Kontrolle mehr über Training und Ernährung zu besitzen [30]. So kann bereits das Auslassen einer Trainingseinheit oder ein Abweichen vom Diätplan eine solche Anspannung zur Folge haben, dass Betroffene durch Gegenmassnahmen

wie Extra-Training oder Ernährungsanpassungen gesteuert werden müssen. Die quälenden Gedanken, nicht muskulös genug zu sein, nehmen dabei einen wesentlichen Teil des Tages in Anspruch (bis zu 5½ Stunden pro Tag) [30] und veranlassen Betroffene zur strikten Einhaltung des Trainings- und Ernährungsregimes, sodass soziale Kontakte, Beziehungen, Freizeitaktivitäten und Beruf vernachlässigt werden, wenn sie mit dem Muskelaufbautraining nicht vereinbar scheinen. Da die Ernährung häufig akribisch geplant wird und Mahlzeiten vorgekocht und in entsprechenden Behältern aufbewahrt werden, vermeiden viele Betroffene das gemeinsame Essen mit Kollegen oder auch Restaurantbesuche, da hierbei der Makronährstoffgehalt oft nicht genau kontrolliert werden kann. Einige vermeiden intime Beziehungen und Partnerschaften aus Angst, aufgrund ihres schwächtigen Körperbaus abgelehnt oder durch eine Beziehung in ihrem Trainingsplan eingeschränkt zu werden [32].

Entsprechend dem wahrgenommenen Mangel an sichtbarer Muskulatur kann es vorkommen, dass Betroffene versuchen, Situationen, in denen der Körper von anderen gesehen wird, zu vermeiden oder durch das Anziehen mehrerer Kleidungsstücke übereinander muskulöser zu wirken. In der Literatur sind Extremfällen beschrieben, wo Betroffene es beinahe gänzlich vermieden, das Haus zu verlassen [33].

Ein weiteres Symptom ist das so genannte «body checking», bei dem sich der Betroffene im Spiegel anschaut, um sich zu versichern, noch ausreichend muskulös gebaut zu sein oder bestehende Mängel zu bestätigen. Dies geschieht bei Muskeldysmorphie-Erkrankten im Durchschnitt 13-mal pro Tag [33].

Komorbiditäten

Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen affektive Störungen, Angsterkrankungen sowie Substanzabhängigkeiten [30]. Die Lebenszeitprävalenz von affektiven Störungen liegt bei Patienten mit einer Muskeldysmorphie zwischen 65–85%, am häufigsten scheint die schwere depressive Episode vorzukommen. Die Lebenszeitprävalenz von Substanzabhängigkeiten ist ebenfalls mit 85% sehr hoch, wobei der Anabolikakonsum hiervon nur einen kleinen Teil ausmacht. Unter den komorbiden Angsterkrankungen ist besonders die Panikstörung zu erwähnen, die hier am häufigsten auftritt. Aber auch Zwangserkrankungen, Phobien und generalisierte Angststörungen sind in der Literatur beschrieben. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen wird in der Literatur mit 50% angegeben. Es ist hier jedoch zu erwähnen, dass sich alle genannten Angaben auf Studien mit kleinen Fallzahlen stützen und somit mit Vorsicht zu interpretieren sind [33, 34].

Tabelle 2: Diagnosekriterien der Muskeldysmorphie (nach [32]).

Die Person ist übermässig beschäftigt mit der Vorstellung, dass ihr Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist, obwohl sie durchaus muskulös ist.

Die übermässige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen, von denen 2 der folgenden 4 Kriterien erfüllt sein müssen:

- Vernachlässigung von sozialen Aktivitäten und beruflichen Verpflichtungen aufgrund der strikten Einhaltung des Trainings- und Diätregimes.
- Vermeiden von Situationen, in denen der Körper von anderen gesehen wird oder Erduldung solcher Situationen nur unter grosser Anspannung.
- Die übermässige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- Die Person verfolgt trotz Nachweis von gesundheitlichen Schäden ihr Trainings- und Diätregime und/oder nimmt weiterhin leistungssteigernde Präparate zu sich.

Die übermässige Beschäftigung mit dem äusseren Erscheinungsbild kann nicht besser durch Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder -gewicht erklärt werden, wie sie bei Personen auftreten, deren Symptomatik die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung erfüllt.

Anabolikamissbrauch

Anabolika werden unterteilt in androgen-anabole Steroide (AAS) und andere anabole Wirkstoffe. Zu den AAS gehören neben dem endogen produzierten männlichen Sexualhormon Testosteron Substanzen mit einer dem Testosteron ähnlichen Wirkung, die synthetisch hergestellt werden können. Anabole Steroide erhöhen die Proteinsynthese (Muskelaufbau), verkürzen die Regenerationszeit und vermindern den Körperfettanteil [35]. Neben den Nebenwirkungen auf das kardiovaskuläre System [36], den Lipidstoffwechsel und die Hepatotoxizität [37] haben Anabolika auch ausgeprägte psychische Nebenwirkungen: In einer an Bodybuildern und Footballspielern durchgeführten Studie zeigten 25% der Probanden unter der Einnahme von Anabolika affektive Störungen und 12% eine psychotische Störung [38].

Der genaue Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer Muskeldysmorphie und dem Anabolikamissbrauch ist nicht abschliessend geklärt. Die Muskeldysmorphie scheint dem Konsum von Anabolika häufig vorauszugehen, der dann in einem zweiten Schritt zur Aufrechterhaltung der Muskeldysmorphie führen kann [39]. Wichtig zu erwähnen ist, dass dem Anabolikakonsum beinahe immer ein Konsum anderer Substanzen wie Alkohol, Kokain oder Amphetamine vorausgeht [40].

Muskeldysmorphie – körperdysmorphe Störung oder Essstörung?

Eine zentrale, noch unbeantwortete Frage ist, ob die Muskeldysmorphie nicht eigentlich den Essstörungen zugeordnet werden müsste. Zweitens stellt sich die Frage, ob bei der Muskeldysmorphie, die hauptsächlich junge Männer betrifft und auf eine Zunahme von Muskelmasse ausgerichtet ist, eine Erfassung von allfällig gestörtem Essverhalten mit den herkömmlichen Fragebögen überhaupt möglich ist? Diese zielen nämlich alle auf ein Essverhalten ab, das dem Erreichen eines sehr schlanken Schönheitsideals dient und hauptsächlich Frauen betrifft.

Obwohl die Muskeldysmorphie zu Beginn als «reverse anorexia nervosa» konzipiert und somit dem Spektrum der Essstörungen zugeordnet wurde, wird sie heute innerhalb des DSM-5 als Unterform der körperdysomorphen Störungen klassifiziert. Die Hauptüberlegung dahinter war, dass ein gestörtes Essverhalten im Rahmen der Muskeldysmorphie allenfalls sekundär auftritt, das Hauptmerkmal der Erkrankung aber auf dem exzessiven Training mit Gewichten beruht [41]. Nichtsdestotrotz gibt es Argumente, die für eine nosologische Zuteilung innerhalb des Spektrums der Essstörungen sprechen. Allerdings muss hierbei der Fokus weg vom auf Schlankheit orientierten Essverhalten

hin zum auf Muskelaufbau orientierten Essverhalten gelegt werden. So zeigen muskeldysmorphe Patienten wie bereits erwähnt ein äusserst striktes Diätregime, dessen Einhaltung rigide verfolgt wird. So konnten Murray et al. zeigen, dass Patienten mit einer Muskeldysmorphie ein ähnlich gestörtes Essverhalten nachgewiesen werden kann, wenn die Fragen des «Eating Disorder Examination Questionnaire» entsprechend dem Muskulartätsbestreben geändert werden. In Bezug auf die Gesamtpunktzahl ergab sich hiernach kein Unterschied mehr zwischen den Patienten mit einer Muskeldysmorphie und solchen mit einer Anorexia nervosa [42].

Diesem auf Muskelaufbau orientierten Essverhalten kommt eine wichtige Rolle in der Verfolgung des muskulären Schönheitsideals zu. Es unterscheidet sich jedoch in gewissen Punkten deutlich vom gestörten Essverhalten im Rahmen eines schlanken Schönheitsideals, das hauptsächlich eine Kalorienrestriktion zur Folge hat. Die Ernährung ist proteinreich und je nach Aufbau- oder Diätphase wird ein Kalorienplus oder eine Kalorienrestriktion angestrebt. Die aufgenommene Proteinmenge liegt meistens bei 1,5–3 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht, die Kohlenhydrat- und Fettmengen werden je nach Philosophie (High- oder Low-Carb) variiert. Dieses Essverhalten alleine kann noch nicht als gestört betrachtet werden, sondern muss innerhalb eines Kontinuums beurteilt werden, das von «gesundheitsbewusst» bis «dysfunktional» respektive «schädlich» reicht. So stellt der Konsum von Proteinshakes per se kein gesundheitliches Problem dar, kann jedoch zu einem gestörten Essverhalten zählen, wenn das Auslassen des Proteinshakes dazu führt, dass der Patient massive Anspannung, Unruhe und Angst verspürt, da er eine suboptimale Proteinversorgung des Körpers und somit einen Muskelverlust fürchtet [43]. Auch das genaue Wiegen von Nahrungsmitteln und das Vorkochen von mehreren Mahlzeiten (sog. «meal-prepping») wie es im Bodybuilding häufig vorkommt, ist für sich alleine noch nicht pathologisch, sondern muss im Kontext der damit verbundenen sozialen, beruflichen und psychischen Beeinträchtigungen interpretiert werden. Im Rahmen der Muskeldysmorphie kann das meist unfreiwillige Nichtbefolgen des Ernährungsplans zu einer Zunahme der psychischen Symptome und somit zu Kompensationsstrategien wie zusätzlichem Training oder Auslassen von Mahlzeiten führen.

Ausblick

Im transdiagnostischen Modell nach Fairburn et al. werden die Kernpathologien von Essstörungen als die Überbewertung von Essen, Körperform und Gewicht definiert [44]. Sowohl die Körperform als auch das Essen

Korrespondenz:
Robin Halioua, dipl. Arzt
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
robin.halioua[at]puk.zh.ch

spielen eine zentrale Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Muskeldysmorphie. Vor diesem Hintergrund ist die Kritik an der aktuellen nosologischen Zuteilung, welche die Muskeldysmorphie den körperdysmorphen Störungen zuordnet, durchaus berechtigt [45].

Tabelle 3: Fragebögen.

| | Was wird erfragt? | Deutsche Version verfügbar? |
|--|---|-----------------------------|
| Drive for Muscularity Scale (DMS) [10] | Drang, einen muskulösen Körper zu haben | Ja |
| Drive for Leanness Scale (DLS) [46] | Drang, einen definierten Körper zu haben | Nein |
| Male Body Attitude Scale (MBAS) [47] | Unzufriedenheit mit der Muskel- und Fettmasse | Nein |
| Muscle dysmorphic disorder Inventory [48] | Diagnosekriterien der Muskeldysmorphie | Ja |

Das Wichtigste für die Praxis

- Ein negatives Körperbild stellt ein zentrales Merkmal der Muskeldysmorphie dar.
- Die Befürchtung, nicht ausreichend muskulös gebaut zu sein, ist Leitmotiv für einen durch exzessiven Sport und minutiös geplante Diäten geprägten Lebensstil. Treten dabei sozial oder beruflich Beeinträchtigungen auf oder entsteht ein hoher Leidensdruck, kann die Diagnose einer Muskeldysmorphie gestellt werden.
- Zu den häufigsten Komorbiditäten zählen affektive Störungen, Angsterkrankungen und Substanzabhängigkeiten. Auch ist das Suizidrisiko stark erhöht.
- Die Muskeldysmorphie wurde in der DSM-5 als körperdysmorphe Störung unter den Zwangsstörungen und verwandten Störungen klassifiziert. Die hierbei vorkommende Überbewertung von Körperform und Essen würden jedoch auch eine Klassifikation als Essstörung rechtfertigen.
- Obwohl hauptsächlich bei Männern vorkommend, können auch Frauen betroffen sein. Es ist wenig bekannt, wie sich die aktuelle Wandlung des weiblichen Schönheitsideals von dünn/schlank zu athletisch auf die Körperwahrnehmung und das Essverhalten von Frauen auswirkt.

Es gibt bereits einige Fragebögen, welche die Körperunzufriedenheit bei Männern abbilden oder sich an den Diagnosekriterien der Muskeldysmorphie orientieren (Tab. 3). Diese wurden jedoch vornehmlich an nichtklinischen Probanden validiert, sodass keine verlässlichen Cut-off-Werte für die klinische Praxis vorliegen. Des Weiteren fehlen Fragebögen, die das auf Muskelaufbau orientierte Essverhalten abbilden, bisher völlig. Dies macht es schwierig, das wahre Ausmass gestörten Essverhaltens im Rahmen der Muskeldysmorphie zu erfassen, um sie gegebenenfalls tatsächlich als Essstörung zu klassifizieren. Ebenfalls liegen bis dato kaum Studien mit klinischen Probanden vor, was es schier unmöglich macht, valide Aussagen über Entstehung, Verlauf und Therapie der Muskeldysmorphie zu tätigen. Ausserdem fehlen grosse epidemiologische Studien, um die genaue Prävalenz, Geschlechter- und Altersverteilung zu untersuchen.

Es ist kaum zu erwarten, dass die mediale Präsenz trainierter, muskulöser männlicher als auch weiblicher Körper in näherer Zukunft abnimmt. Es ist deshalb wichtig zu verstehen, wie sich dies auf die Körperwahrnehmung und -zufriedenheit und letztendlich auf das Essverhalten auswirkt, damit wir die neu entstandene Störung der Muskeldysmorphie besser verstehen und in Zukunft wirksame Präventionsstrategien und Therapien entwickeln können.

Spezialsprechstunde

Als erstes spezialisiertes Angebot in der Schweiz besteht an der Psychiatrische Universitätsklinik Zürich eine Spezialsprechstunde für Sportpsychiatrie und -psychotherapie. Schwerpunkte dieses Angebots sind die sport-spezifische psychiatrische Abklärung, Beratung und Behandlung von Leistungssportlerinnen und -sportlern mit psychischen Problemen und Erkrankungen.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08039>.