

Muskeldysmorphie Störung – Prävalenz, Diagnostik und Behandlung



Roland Müller

Fitnessstraining mit entsprechendem Lebensstil wird heute als gesund oder gesundheitsförderlich propagiert, obwohl sich dadurch eine Körperbildstörung in Kombination mit einer Essstörung entwickeln kann. Der vorliegende Artikel beschreibt Erscheinungsformen, Hilfestellungen und Schwierigkeiten in der Diagnostik und Genese. Er wirft zudem einen Blick auf die Überschneidungen von Freizeit-, Leistungs- und Spitzensport und stellt die therapeutische Vorgehensweise bei diesem neuen, komplexen Störungsbild dar.

von Roland Müller, Andrea Wyssen¹,
Stephan Trier² und Malte Claussen³



Andrea Wyssen

Erscheinungsbild, diagnostische Einordnung und Verbreitung

Immer häufiger fallen Personen durch einen sehr stark auf Fitness ausgerichteten Alltag auf. Neben oft täglichem Besuch im Fitnessstudio werden bestimmte Ernährungspraktiken appliziert, um Training und Körperformung zu unterstützen. Das Fitnessstraining mit den entsprechenden Lebensstilveränderungen wird nicht selten gegenüber anderen Tätigkeiten priorisiert. In manchen Fällen kommt es auch zur Einnahme und/oder Injektion von Dopingmitteln wie anabolen Steroiden, Wachstumshormonen, Insulin oder gar Tierarzneien, die illegal beschafft werden und primär dem Muskelaufbau und/oder der Muskeldefinition dienen. Der Dopingmissbrauch ist mit einer Vielzahl körperlicher und psychischer Risiken verbunden (Kasten 1) (1). Leidet jemand zusätzlich an einer ausgeprägten Körperwahrnehmungsstörung, gewinnt der Fitnesslifestyle deutlich an Krankheitswert. Der Körper wird verzerrt wahrgenommen, als zu schwächig und/oder als zu wenig definiert beurteilt. Es können hierbei sowohl Muskelmasse (Grösse der Muskeln, Körpergewicht) als auch die Definition der Muskeln (Sichtbarkeit der Muskeln, Körperfettanteil) eine zentrale Rolle spielen. Betroffene schämen sich meist für ihren Körper, versuchen, eine Exposition des Körpers im Alltag zu vermeiden (z.B. Schwimmbadbesuch, Umkleidekabinen), und fühlen sich oft auch im intimen partnerschaftlichen Kontakt gehemmt (2). Das Vorliegen einer derartigen Symptomatik wird im klinischen Alltag mittlerweile als Muskeldysmorphie Störung (MDS) diagnostiziert. Dabei handelt es sich um eine Spezifizierung der Körperdysmorphie Störung (KDS), die im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (3) dem Kapitel der Zwangsstörungen zugeordnet ist (Kasten 2).



Stephan Trier



Malte Claussen

Bisherige Zahlen deuten darauf hin, dass es in bis zu 75 Prozent der Fälle Männer sind, die an einer MDS leiden (4, 5). Bezogen auf spezifische Subgruppen zeigen Erhebungen, dass rund 10 bis 20 Prozent der männlichen Fitnessstudiobesucher einen deutlich pathologischen Leidensdruck hinsichtlich ihres Körperbildes und Lebensstils aufweisen (6). Bezüglich Doping ist ebenfalls davon auszugehen, dass dieser bei 10 bis 20 Prozent der trainierenden Männer liegt (7). Bei homosexuellen Männern scheinen Häufigkeit und Ausprägungsgrad von Symptomen der MDS nicht von jenen bei heterosexuellen Männern zu differieren. Homosexuelle Männer weisen jedoch eine höhere Prävalenz für Anorexie, Bulimie und Binge Eating auf (8, 9).

Art, Ausprägung und Häufigkeit von Körperbild- und Essstörungen bei Männern sind nach wie vor ein wenig erforschtes, relativ unbekanntes Themenfeld (10). Damit zusammenhängend werden Störungen aus dem Spektrum der Essstörungen bei Männern oft unzureichend genau eingeordnet beziehungsweise können nicht einem der in den Diagnosesystemen beschriebenen Störungsbilder zugeordnet werden, was dazu führt, dass Männer oft in die Diagnosekategorie «Nicht näher bezeichnete Essstörung» fallen (11). Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, dass sich Körperbild- und Essstörungen bei Männern in einer geschlechtsspezifischen Form äussern können, wie beispielsweise einer MDS mit dysfunktionalem Essverhalten. So gibt es mittlerweile Belege, dass in Bezug auf die geschlechtsspezifische Ausprägung von Essstörungen Männer mit einer Anorexie oder Bulimie eine stärkere Tendenz aufweisen, sich sportlich zu betätigen, als dies bei Frauen mit derselben Essstörungsdiagnose der Fall ist (12, 13). Möglicherweise werden aber Essstörungs- und Körperbildprobleme bei Männern oft gar nicht richtig erkannt, was zu einer hohen Dunkelziffer in Bezug auf die Häufigkeit führt.

Diagnostische Schwierigkeiten

Eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und starke Bemühungen in Richtung Selbstoptimierung, was das äussere Erscheinungsbild und die Gesundheit des Körpers betrifft, sind in der westlichen industrialisierten Gesellschaft weitverbreitet und werden mehrheitlich positiv assoziiert, wie zum Beispiel der Begriff «Fitness», welcher eng mit Gesundheit und Leis-

¹ Dr. phil. Andrea Wyssen, Universität Fribourg und Klinik Aadorf.

² Dr. med. Stephan N. Trier M.H.A., Klinik Aadorf.

³ Dr. med. Malte Christian Claussen, Spezialsprechstunde für Sportpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich.

tungsfähigkeit verknüpft ist. Daher ist es im Einzelfall oft schwierig, die Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen. Darüber hinaus ist die weite Verbreitung auch Folge einer stark gewachsenen Fitnessindustrie mit entsprechendem Marketingbestreben. So wird heute ein muskulös-definiertes Aussehen des Körpers als gesund und erstrebenswert propagiert. Wer ein Fitnessstudio besucht und auf seine Ernährung achtet, gilt zunächst also einmal als gesund. Dies erschwert die Identifikation von Ausprägungs- und Schweregrad der KDS oder pathologischem Essverhalten bei einem exzessiven Fitnesslifestyle. Bei den spezifischen diagnostischen Instrumenten (Fragebogen, Interviews, systematische Verhaltensbeobachtung) zu MDS und Essstörungen bei Männern besteht zudem noch Entwicklungsbedarf (14).

Definition Essverhalten

Ein problematisches Essverhalten ist gekennzeichnet durch eine starke Rigidität mit vielen Geboten und Verboten (z.B. Kalorienkontrolle, hohe Eiweisszufuhr). Das kann Kontrolldurchbrüche und damit unkontrollierte Essanfälle, ähnlich wie bei der Binge-Eating-Störung, begünstigen. Im Krafttraining- und Bodybuildingbereich wird übermässiges Essen gar als hilfreich und notwendig erachtet («Gewicht machen») und medial dargestellt und beworben (15). Essanfälle im engeren Sinn geschehen aus Scham, aber meist im Verborgenen; es wird eine grosse Nahrungsmenge verzehrt, Lebensmittel werden schnell und ohne anhaltendes Hungergefühl bis zu einem unangenehmen Völlegefühl aufgenommen (16). Essanfällen folgen Schuldgefühle und die Angst, der Körperoptik und dem Krafttraining zu schaden. Im Anschluss an Essanfälle kann es zu Kompensationsverhalten wie beispielsweise selbst induziertem Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien kommen, was dem Störungsbild einer Bulimia nervosa entsprechen kann (3). Hinsichtlich der Differenzialdiagnose ist es entscheidend, dass sich die Beschäftigung mit einem Mangel im äusseren Erscheinungsbild bei der KDS nicht besser durch eine Essstörungsdiagnose erklären lässt, das heisst, der wahrgenommene Mangel betrifft nicht ausschliesslich Gewicht und Figur (3). Im klinischen Alltag kommt den Essanfällen und dem daraus entstehenden psychischen Leidensdruck unabhängig vom Ausprägungsgrad der MDS eine grosse Bedeutung zu.

Nosologie

Zu den bisher identifizierten Einfluss- und Entstehungsfaktoren zählen unter anderem der Konsum von Fitness- und körperbezogenen Medien, Peers (gleichaltrige Kollegen) im Umfeld, die bereits einen sehr fitnessorientierten Lifestyle haben, sowie kritische Kommentare der Eltern zum Körperbild ihrer Kinder (17). In Bezug auf die Körperunzufriedenheit bei Männern scheint den Peers ein stärkerer Einfluss zuzukommen, als dies bei Anorexie oder Bulimie bei Frauen der Fall ist (18). Ebenfalls scheinen der Body-Mass-Index (BMI) (19), aber auch die starke Orientierung an der medial geformten Körpernorm sowie körperbezogene Selbstwertanteile (20) die Genese der MDS zu beeinflussen. Experimentelle Studien konnten zeigen, dass bei Männern nach der Exposition mit Bildern hypermuskulöser Bodybuilder praktisch umgehend die Körperunzufriedenheit steigt

Kasten 1: Dopingmissbrauch

Meist wird der Dopingmissbrauch in mehrwöchigen Kuren betrieben, wobei die Medikamente häufig in Spritzenform appliziert werden. Neben körperlichen Gefahren wie Blutgerinnselbildung oder dem erhöhten Risiko für Leber- oder Hodenkrebs geht die Einnahme der testosteronsteigernden Substanzen mit höheren Raten für Depressionen, Suizide, Impulskontrollstörungen und Angststörungen einher. Gefährlich ist insbesondere der rasche Testosteronabfall bei Beendigung einer Kur, der zu akuten depressiven Zuständen und akuter Suizidalität führen kann. Bei einer entsprechenden Vorbelastung steigt zudem das Risiko für den Ausbruch einer Psychose.

Kasten 2: Diagnosekriterien der Körperdysmorphen Störung mit Spezifikation Muskeldysmorphie Störung (DSM-5)

- A. Übermässige Beschäftigung mit einem oder mehreren vermeintlichen Mängeln oder Defekten im äusseren Erscheinungsbild, die für andere nicht erkennbar sind oder geringfügig erscheinen.
- B. Neu: Im Verlauf der Störung hat die Person in Reaktion auf die Befürchtungen bezüglich des Aussehens sich wiederholende Verhaltensweisen repetitiv (z.B. Überprüfung im Spiegel, «skin picking», Rückversicherungsverhalten) oder gedankliche Handlungen (z.B. Vergleich des Aussehens mit anderen) gezeigt.
- C. Die übermässige Beschäftigung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die übermässige Beschäftigung mit dem äusseren Erscheinungsbild wird nicht besser durch die Diagnose einer Essstörung erklärt (z.B. bei Befürchtungen in Bezug auf Körperfett oder -gewicht).
Mit Muskeldysmorphophobie: Die Person ist übermässig beschäftigt mit der Vorstellung, dass ihr Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist. Dieses Bestimmungsmerkmal trifft auch zu, wenn die Person sich übermässig mit anderen Körperbereichen beschäftigt, was sehr häufig der Fall ist.

und gleichzeitig der Drang, Muskelmasse aufbauen zu wollen, zunimmt (21). Dies unterstreicht noch einmal die Wichtigkeit, die der Körperunzufriedenheit bei der Entstehung der MDS möglicherweise zugeschrieben werden muss.

Sport und Essstörungen

Gestörtes Essverhalten und Essstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Problemen und Erkrankungen im (Leistungs-)Sport. Für weibliche und männliche Athleten wurde, verglichen mit Nichtathleten, eine höhere Prävalenz des gesamten Spektrums gestörten Essverhaltens mit Prävalenzzahlen von bis zu 45 Prozent für weibliche und 19 Prozent für männliche (Hoch-)Leistungssportler berichtet (22). Neben den «klassischen» Essstörungen, wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa, müssen im Sport zudem auch spezifische Störungen des Essverhaltens, die nur im Sportkontext vorkommen, wie die Anorexia athletica, aber auch die MDS berücksichtigt und unterschieden werden (23). Das Internationale Olympische Komitee (IOK) (24, 25), das American College of Sports Medicine (ACSM) (26, 27) und die National Athletic Trainer Association (NATA) (28) haben jeweils Stellungnahmen zur Prävention, Erkennung und Behandlung gestörten Essverhaltens im Sport herausgegeben. Die Empfehlungen sind gut auf die Situation im deutschsprachigen Raum übertragbar und sollten in der Betreuung und Behandlung von Athleten Verwendung finden. Einschränkend ist aber darauf

hinzuweisen, dass diese Empfehlungen insbesondere an weibliche Athleten gerichtet sind und in keiner die MDS eine Berücksichtigung findet, sodass diesbezüglich auf die im Text genannten Empfehlungen verwiesen wird.

Behandlung

Im Bereich von Körperbild- und Essstörungen sind Männer in Behandlungsstudien deutlich untervertreten. Studienergebnisse zeigen, dass Männer aufgrund solcher Probleme weniger häufig eine Behandlung aufsuchen, was jedoch nicht zwingend gleichzusetzen ist mit einem weniger hohen Leidensdruck durch die Problematik (29). Zur Behandlung der KDS stehen evidenzbasierte Leitlinien und Behandlungsmanuals zur Verfügung (30, 32). Entsprechende Grundlagen zur Behandlung können auch für die MDS angewendet werden (z.B. Exposition mit Reaktionsverhinderung); spezifische Behandlungsmanuals fehlen indes noch. Die Behandlung basiert unter anderem auf dem Erkennen der Funktionalität der Störung, auf der Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen und der Reduktion von körperbezogenem Kontroll- und Vermeidungsverhalten. Im Zusammenhang mit übertriebenen sportlichen Aktivitäten (Fitness) muss nicht nur dieses übertriebene Verhalten reguliert werden, sondern auch andere funktionale Aktivitäten müssen neu aufgebaut werden.

Neben den therapeutischen Interventionen, welche die Wahrnehmung und den Umgang mit dem Körper betreffen, sind weitere Interventionen indiziert, welche bei vorliegender Essverhaltensstörung im Rahmen einer MDS auf die Normalisierung des Essverhaltens abzielen. Dies kann beispielsweise den Aufbau regelmässigen Essens und den Abbau verbotener Lebensmittel umfassen, ausserdem Strategien zur Impuls- und Emotionsregulation im Umgang mit Kontrolldurchbrüchen bei der Nahrungsaufnahme. Angestrebt wird ein flexibel kontrolliertes Essverhalten, welches auf das Individuum abgestimmt und den jeweiligen Umständen (z.B. Sportverhalten) angepasst ist.

Fazit

Die MDS ist ein häufig auftretendes Störungsbild, das mehrheitlich Männer betrifft. Diagnostisch sind etliche Schwierigkeiten gegeben, die von gesellschaftlichen Vorurteilen und Prägungen bezüglich Gesundheit bis hin zum Mangel an diagnostischen Instrumenten reichen. Das Störungsbild kann im Freizeitsport und/oder (Hoch-)Leistungssport verortet werden. Es liegen Behandlungsempfehlungen und Manuals vor, die jedoch dem Vollbild einer MDS nur teilweise gerechnet werden. In Bezug auf die Diagnostik sowie die Ätiologie und Behandlung besteht weiterer Forschungs- und Entwicklungsbedarf.

Korrespondenzadresse:

Roland Müller, M.Sc.

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP

Projektleiter Verein PEP

Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin Lory Haus

3010 Bern

E-Mail: roland.mueller@pepinfo.ch

und

Adimed-Zentrum für Adipositas und Stoffwechselformen

Lagerhausstrasse 9, 8400 Winterthur

E-Mail: r.mueller@adimed.ch

Literatur:

1. Piacentino D, Kotzalis GD et al: Anabolic-androgenic Steroid use and Psychopathology in Athletes. A Systematic Review. *Curr Neuropharmacol*, 2015, 13, 101–121.
2. Pope HG, Phillips K, Olivardia R: *The Adonis Complex: The secret Crisis of male body obsession*. New York: Free Press 2000.
3. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th edition ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association 2013.
4. Pope H et al: Muscle Dysmorphia. An underrecognized form of Body Dysmorphic Disorder. *Psychosomatics*, 1997; 548–557.
5. Campagna J, Bowsher B: Prevalence of Body Dysmorphic Disorder and Muscle Dysmorphia Among Entry-Level Military Personnel. *Military Medicine* 2016; 181, 5: 494–501.
6. Hildebrandt T, Schlundt D et al.: Presence of Muscle Dysmorphia Symptomology among male weight lifters. *Compr Psychiatry* 2006. 47(2): 127–135.
7. Müller-Platz C, Boos C et al.: Themenheft 34: Doping beim Freizeit- und Spitzensport. Robert Koch Institut 2006.
8. Calzo JP, Sonnevile KR et al.: Gender Conformity and use of laxatives and muscle building products in adolescents and young adults. *Pediatrics* 2016, 138(2).
9. Calzo JP, Masyn KE et al.: Patterns of body image concerns and disordered weight- and shape-related behaviors in heterosexual and sexual minority adolescent males. *Dev Psychol* 2015. 51(9). 1216–1225.
10. Strother E, Lemberg R et al.: Eating disorders in men: underdiagnosed, undertreated, and misunderstood. *Eat Disord* 2012, 20(5), 346–355.
11. Norris ML, Apsimon M et al.: An examination of medical and psychological morbidity in adolescent males with eating disorders. *Eat Disord*, 2012; 20(5), 405–415.
12. Coelho JS, Kumar A et al.: Male youth with eating disorders: clinical and medical characteristics of a sample of inpatients. *Eat Disord*, 2015. 23(5), 455–461.
13. Bayes A & Madden S: Early onset eating disorders in male adolescents: a series of 10 inpatients. *Australas Psychiatry*, 2011; 19(6), 526–530.
14. Darcy AM & Lin IH: Are we asking the right questions? A review of assessment of males with eating disorders. *Eat Disord*, 2012; 20(5), 416–426.
15. Pila E, Mond JM et al.: A thematic analysis of #cheatmeal images on social media: Characterizing an emerging dietary trend. *Int J Eat Disord*, 2017; 50(6): 698–706.
16. Munsch S, Wyssen A, Biedert E: *Binge Eating. Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2018.
17. Smolak L, Murnen SK et al.: Sociocultural Influences and Muscle Building in Adolescent Boys. *Psychol Men Masc*, 2005; 6(4): 227–234.
18. Cramblitt B, Pritchard M: Media's influence on the drive for muscularity in undergraduates. *Eat Behav* 2013; 14(4): 441–446.
19. Palazon-Bru A, Rizo-Baeza M et al.: Screening Tool to Determine Risk of Having Muscle Dysmorphia Symptoms in Men Who Engage in Weight Training at a Gym. *Clin J Sport Med*, 2018; 28(2): 168–173.
20. Schneider C, Rollitz L et al.: Biological, Psychological, and Sociocultural Factors Contributing to the Drive for Muscularity in Weight-Training Men. *Front Psychol* 2016. 21(7): 1992.
21. Murray SB, Nagata JM et al.: The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clin Psychol Rev*, 2017; 57: 1–11.
22. Bratland-Sanda S, Sundgot-Borgen J: Eating disorders in athletes: overview of prevalence, risk factors and recommendations for prevention and treatment. *Eur J Sport Sci*, 2013; 13: 499–508.
23. Ewers SM, Halioua R et al.: Sportpsychiatrie und -psychotherapie – gestörtes Essverhalten und Essstörungen im Leistungssport. *Dtsch Z Sportmed*, 2017; 68: 261–268.
24. IOC Medical Commission Working Group Women in Sport: Position Stands – Female Athlete Triad Coalition. <http://www.femaleathletriad.org/for-professionals/position-stands/#title2>. (25. August 2016).
25. Mountjoy M, Sundgot-Borgen J et al.: The IOC consensus statement: beyond the Female Athlete Triad – Relative Energy Deficiency in Sport (RED-S). *Br J Sports Med*. 2014; 48: 491–497.
26. Joy E, De Souza MJ et al.: 2014 female athlete triad coalition consensus statement on treatment and return to play of the female athlete triad. *Curr Sports Med Rep*. 2014; 13: 219–232.
27. Nattiv A, Loucks AB et al.: American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc*, 2007; 39: 1867–1882.
28. Bonci CM, Bonci LJ et al.: National athletic trainers' association position statement: preventing, detecting, and managing disordered eating in athletes. *J Athl Train*. 2008; 43: 80–108.
29. Striegel RH, Bedrosian R et al.: Why men should be included in research on binge eating: Results from a comparison of psychosocial impairment in men and women. *Int J Eat Disord* 2012. 45(2), 233–240.
30. Brunhoeber S: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Körperdysmorpher Störung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag 2009.
31. Hausteiner-Wiehle C, Glaesmer H et al.: S3-Leitlinie «Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden» (AWMF-Reg.-Nr. 051-001, Langfassung). 2014.
32. NICE (2005). *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31)*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>