

CHRISTIAN STROBEL, MÜNCHEN

Muskeldysmorphie – Wenn Sport krank macht

Muskeldysmorphie, umgangssprachlich auch als Sport- oder Muskelsucht bezeichnet, ist eine Unterart der Körperdysmorphen Störung (KDS), einer gestörten Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Muskeldysmorphie wurde in den 90er Jahren erstmals beschrieben als „männliches Pendant“ zur Anorexie, bei dem Betroffene sich trotz ausgeprägter Muskulatur und Definiertheit als zu wenig muskulös empfinden. Sie treiben exzessiv und zwanghaft Sport und achten sehr auf eine Ernährung, die dem Muskelzuwachs zuträglich ist. Ähnlichkeiten bestehen zu den stoffungebundenen Süchten aber auch zu den Essstörungen, besonders der Anorexia Nervosa. Betroffene beschäftigen sich überwiegend mit der eigenen Nahrungszufuhr, Sport und Körperlichkeit, was das berufliche und soziale Funktionsniveau bisweilen massiv einschränken kann.

SYMPTOME UND WARNZEICHEN

Betroffene sind im Handeln und in Gedanken stark eingeschränkt und haben oftmals einen verdeckten, aber hohen Leidensdruck. Ihr Denken und Handeln zeichnet sich oft durch zwanghafte Eigenschaften wie hoher Rigidität, Anspannung und Persistenz aus.

Typische Symptome einer Muskeldysmorphie sind:

- hohe Unzufriedenheit mit dem eigenen Körperbild
- andauernde Beschäftigung mit den als unzureichend trainiert empfundenen Körper(teilen)
- ständiges Gedankenkreisen um Trainingsplan, Diäten und Sport
- Stress und Druck aufgrund der andauernden Beschäftigung mit Sport und Körper
- eine stark verzerrte Selbstwahrnehmung

in Bezug auf das eigene Körperbild

- Scham aufgrund des als defizitär empfundenen Körpers
- Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich
- Einnahme von gesundheitsschädigenden, leistungssteigernden Präparaten (Anabolika/Steroide/Crystal Meth)

Art und Schwere der Symptome variieren und können auch partiell und subklinisch (ohne Erfüllung des Vollbild) auftreten als Komorbidität zu anderen Erkrankungen oder als eigenständiges Syndrom.

DIAGNOSTIK

Im DSM-V wird Muskeldysmorphie diagnostisch der Gruppe der Zwangsspektrumstörungen zugeordnet. Im ICD-10 befindet sich die Muskeldysmorphie bislang unter den somatoformen Störungen als Unterart der Körperdysmorphen Störung ohne Wahn F45.21 oder F22.8 als anhaltende wahnhaftige Störung. Aufgrund des Symptombildes ähnelt die Muskeldysmorphie der atypischen Anorexia Nervosa und liegt daher nah an den Essstörungen, hat aber auch Ähnlichkeiten zu stoffungebundenen Süchten („Verhaltenssüchten“). Das Vollbild der Muskeldysmorphie wird anhand eines klassifikatorischen Manuals in zwei Schritten kodiert: Es müssen alle Kriterien einer körperdysmorphen Störung vorliegen sowie das Zusatzkriterium einer Muskeldysmorphie erfüllt sein:

Kriterien einer körperdysmorphen Störung mit Zusatzkodierung Muskeldysmorphie nach DSM-V (Falkai 2015):

- A)** Übermäßige Beschäftigung mit körperlichen Makeln, die anderen Personen nicht auffällig erscheinen
 - B)** Wiederkehrende Verhaltensweisen, wie ständiges Begutachten des eigenen Körpers im Spiegel, oder mentale Handlungen, z.B. andauernder Vergleich mit anderen
 - C)** In der Folge bedeutsames Leiden oder reduziertes soziales, familiäres oder berufliches Funktionsniveau
 - D)** Die Symptomatik wird nicht besser durch eine Essstörungsdiagnose erklärt
- Zusatzkodierung der Spezifizierung Muskeldysmorphie:
- Bestimme ob die Person übermäßig beschäftigt ist mit der Vorstellung, dass ihr Körper zu klein oder nicht ausreichend muskulös gebaut ist. Diese Zusatzkodierung kann auch genutzt werden, wenn sich die Person übermäßig mit anderen Körperbereichen beschäftigt, was häufig der Fall ist.

Eine standardisierte Diagnostik kann neben klinischem Eindruck auch durch das Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI) in Selbstauskunft in deutscher und englischer Sprache erfolgen (Zeeck et al. 2018).

PRÄVALENZ

Genauere Zahlen zur Prävalenz der Muskeldysmorphie in der Gesamtpopulation fehlen. Schätzungen zufolge sind es 1-7% der Gesamtbevölkerung mit bis zu 25-54% in Risikogruppen wie Bodybuildern oder Leistungssportlern (Tod et al. 2016). Auch homosexuelle cisgender Männer sind häufiger davon betroffen (Chaney 2008). Das Durchschnittsalter der Erkrankung liegt bei 19,5 Jahren. Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen (Tod et al. 2016).



BEGÜNSTIGENDE FAKTOREN

Entlang eines bio-psychozialen Krankheitsmodells können folgende Faktoren eine Erkrankung begünstigen: Bestimmte neurokognitive Veränderungen (z.B. Defizite im exekutiven Funktionsniveau), Ungleichgewichte im Neurotransmitterhaushalt (Serotonin) und genetische Prädispositionen (z.B. Zwangserkrankungen in der Familie) stellen biologische Risikofaktoren dar. Gesellschaftliche Risikofaktoren sind das Rollenbild des Mannes als unangreifbar und stark, die Verfügbarkeit von Fitnessstudios und Präparaten sowie die Relevanz von Schönheit, Muskulatur und Aussehen (Phillips 2005). Psychologische Risikofaktoren stehen in enger Verbindung mit Selbstwertdefiziten, die eine zentrale Rolle spielen. Der eigene Körper wird als defizitär und unattraktiv betrachtet. Betroffene neigen zur Selbstobjektifizierung und Selbstoptimierung, wodurch sich die Symptomatik weiter verstärkt und den Selbstwert in einem Teufelskreis reduziert. Häufig sind ein hoher Perfektionismus, hohe Sensibi-

lität gegenüber Zurückweisung sowie Mobbing-, Ablehnungs- und Viktimisierungserfahrungen bei Betroffenen gegeben (Wolke und Sapouna 2008), welche die Erkrankung auslösen, bedingen oder aufrechterhalten.

BEHANDLUNG

Konkrete Leitlinien zur Behandlung der Muskeldysmorphie existieren bislang nicht. Die Behandlung kann sich jedoch an Leitlinien verwandter Erkrankungen (Körperdysmorphie Störung, Essstörungen, Zwangsspektrumsstörungen, ‚Verhaltenssüchte‘) orientieren. Dabei ist wichtig, dass sowohl die körperliche, psychologische und ernährungstherapeutische Ebene beachtet wird. Interventionen, die die Einstellung zum eigenen Körper thematisieren und einem liebevollen Umgang damit fördern, können helfen, den Umgang mit dem als defizitär gesehenen Körper zu verbessern. Vorgehensweisen, die Defizite im Selbstwert aufdecken sowie gesunde und vielfältige Quellen des Selbstwertes (jenseits der eigenen Körperlichkeit) stärken können helfen, die Bedeutung der Körperlichkeit für den Selbstwert zu reduzieren. Um Essverhalten zu normalisieren kann sich die Behandlung an typischen ver-

haltenstherapeutischen Interventionen bei Essstörungen orientieren, die Vermeidung von Lebensmitteln abbauen und Genuss beim Essen fördern sollen.

FAZIT

Muskeldysmorphie ist im praktischen Setting ein oft neues oder wenig beachtetes Krankheitsbild, das jedoch nach aktuellen Studien eine hohe Prävalenz, besonders in Risikogruppen aufweist. Für adäquate Beratung, Behandlung und Weitervermittlung bedarf es weitere Unterstützung der Wissenschaft in Form von diagnostischen Standards, empirischen Evidenzen und Leitlinien.

Prof. Christian Strobel
Hochschule München
E-Mail: Christian.strobel@hm.edu

Literatur

- Chaney, Michael P. (2008): Muscle dysmorphia, self-esteem, and loneliness among gay and bisexual men. In: International Journal of Men's Health 7 (2), S. 157.
- Falkai, Peter (2015): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen: DSM-5: Hogrefe.
- Phillips, Katharine A. (2005): The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder: Oxford University Press, USA.
- Tod, David; Edwards, Christian; Cranswick, Ieuan (2016): Muscle dysmorphia: current insights. In: Psychology research and behavior management 9, S. 179.
- Wolke, Dieter; Sapouna, Maria (2008): Big men feeling small: Childhood bullying experience, muscle dysmorphia and other mental health problems in bodybuilders. In: Psychology of Sport and Exercise 9 (5), S. 595-604.
- Zeeck, Almut; Welter, Viola; Alatas, Hasan; Hildebrandt, Tom; Lahmann, Claas; Hartmann, Armin (2018): Muscle Dysmorphic Disorder Inventory (MDDI): Validation of a German version with a focus on gender. In: PLoS one 13 (11).