

Adonis-Komplex

David Leslie Fleming

Synonyme

Muskeldysmorphie Störung, Muskeldysmorphie (Adonis complex, Muscle Dysmorphia, MD)

Begrifflichkeiten

In der griechischen Mythologie gilt Adonis als Gott der Schönheit und heute umgangssprachlich als Sinnbild männlicher Attraktivität. Der Adonis-Komplex ist eine populäre Bezeichnung für die sogenannte *Muskeldysmorphie Störung (MD)* bei Männern. Sie kann jedoch auch Frauen betreffen. Sie zeichnet sich durch eine obsessive Beschäftigung mit der Modifikation der Muskelmasse des eigenen Körpers aus. Betroffene fühlen sich dazu gezwungen, die Muskelmasse ihres Körpers aufzubauen, obwohl sie bereits einen überdurchschnittlich muskulösen Körper haben, den sie wahnhaft verzerrt als zu klein, zu dünn und unzureichend muskulös wahrnehmen (Nieuwoudt et al. 2012).

Historie

1997 schlug Harrison G. Pope erstmals vor, das von ihm als „muscle dysmorphia“ bezeichnete Syndrom von der bekannten *Dysmorphophobie (Body dysmorphic disorder, BDD)* abzugrenzen (Pope et al. 1997).

Bereits 1994 wurde das Syndrom von Pope und Katz im Rahmen einer Studie über Bodybuilding beschrieben, damals jedoch unter der Bezeichnung „reverse anorexia“. Betroffene Männer nahmen sich, entgegengesetzt zur Anorexie (s. Kap. Anorexia nervosa), als zu dünn und zu schwächlich wahr und wollten Körpermasse auf- anstatt abbauen (Pope u. Katz 1994).

Im Jahr 2000 stellte Pope seine gesammelten Ergebnisse zur Muskeldysmorphie in dem Buch „*The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession*“ vor (Pope et al. 2000).

Nosologie

Nieuwoudt und Kollegen (Nieuwoudt et al. 2012) raten aufgrund mangelnder wissenschaftlicher Publikationen von einer Klassifizierung der Muskeldysmorphie als eigenständiger Diagnose ab. Stattdessen schlagen sie vor, entweder (a) die MD als eine nicht näher beschriebene Essstörung einzuführen, (b) die MD weiter als eine Form der Dysmorphophobie zu behandeln, oder (c) die Aufstellung einer nur vorläufigen Diagnose „*Muskeldysmorphie Störung, mit der Notwendigkeit tiefergehenderer Erforschung*“ (Nieuwoudt 2012).

Bisher kann die MD als eine Unterform der Dysmorphophobie (BDD) diagnostiziert werden (F 22.8 Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen: Wahnhafte Dysmorphophobie).

Im aktuellen DSM-5 wurde die MD nicht als eigenständige Diagnose aufgenommen.

Epidemiologie

Bezüglich der MD-ähnlichen Dysmorphophobie ermittelten Koran und Kollegen in den USA in einer Prävalenzstudie mit 2.513 Befragten Anteile von 2,4% (Koran et al. 2008) an der Gesamtbevölkerung. Ergebnisse zur allgemeinen Prävalenz der MD im Speziellen gibt es nicht. Pope et al. fanden unter 193 an BDD erkrankten Individuen in 9,3% der Fälle Muskeldysmorphie Störungen. Bei einer Untersuchung an 156 männlichen Bodybuildern waren es 10% (Pope et al. 1997; siehe auch Olivardia et al. 2000).

Symptomatik

Den Adonis-Komplex charakterisiert eine zwanghafte Beschäftigung mit und wahnhaft verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers. Dieser wird als unzureichend muskulös wahrgenommen, selbst wenn er in der Realität bereits überdurchschnittlich muskulös ist. Demnach versuchen Betroffene mit Körpertraining und Bodybuilding Muskelmasse aufzubauen. Diese Aktivitäten und die Angst vor der Betrachtung des als minderwertig empfundenen Körpers durch Andere nehmen ei-

nen zwanghaften Charakter an. Dies führt dazu, dass wichtige Lebensbereiche (zwischenmenschliche Beziehungen, Beruf usw.) vernachlässigt werden wodurch das allgemeine Funktionsniveau stark eingeschränkt wird (Pope et al. 1997).

Des Weiteren weist die MD Ähnlichkeiten zu anderen Störungen auf. Aus sozialpsychologischer Sicht könnte man sie als das männliche Gegenstück zur Anorexia nervosa bezeichnen. Denn die Magersucht steht in Verbindung mit einem um Schlankheit zentrierten Schönheitsideal der Frau, und genauso könnte man den Adonis-Komplex im Bezug auf ein männliches Schönheitsideal betrachten.

Schließlich zeigen sich Ähnlichkeiten der MD mit dem Dorian-Gray-Syndrom, einem um die Verleugnung des Alterns unter Hinzuziehen medizinisch-pharmakologischer Maßnahmen zentrierten Störungsbild (Brosig et al. 2001).

Komorbiditäten

Menschen mit einer Muskeldysmorphen Störung leiden signifikant häufiger an Angst- oder Affektiven Störungen (besonders Major Depression) als gesunde Kontrollgruppen. Weiter weisen Untersuchungen darauf hin, Männer mit MD häufiger anabole Steroide verwenden (Cafri et al. 2008; Olivardia et al. 2000).

Diagnostik

Die Grundsymptomatik der MD zeigt sich in einer chronischen Beschäftigung mit der Wahnvorstellung, der eigene Körper sei unzureichend muskulös. Dem versuchen Betroffene mit meist exzessivem Muskeltraining entgegenzuarbeiten. Zudem leiden sie unter starken Schamgefühlen, was sich bis zu einer ausgeprägten Angst und phobischem Verhalten steigern kann.

Die Diagnosestellung lehnt sich an die der Dismorphophobie an:

1. Die Person beschäftigt sich mit einem eingebildeten Defekt in ihrer Erscheinung (Scham).

2. Diese übermäßige Beschäftigung führt zu klinisch relevantem Stress und Einschränkungen in sozialen und beruflichen Bereichen sowie einem verminderten Funktionsniveau.

Stellt sich ein Patient mit starken Schamgefühlen den eigenen Körper betreffend vor, so gilt es abzuklären, ob diese Scham von unzureichend ausgeprägter Muskulatur ausgeht (Muskeldysmorphie) oder ob spezielle Körperteile als defekt und hässlich beschrieben werden (BDD). Steht die Beschäftigung mit dem Gewicht im Vordergrund, sollte eine Diagnosestellung in Richtung der Essstörungen erfolgen (Pope et al. 1997).

Therapeutisches Vorgehen

Die schwerste Hürde bei der Behandlung der Muskeldysmorphen Störung ist die Einsicht des Patienten. Erst wenn dieser eingesehen hat, dass es sich bei seinem Lebensstil und den dazugehörigen Aktivitäten, wie dem exzessiven Trainieren, der speziellen Ernährung usw., um ein pathologisches Verhalten handelt, kann eine Behandlung überhaupt in Betracht gezogen werden.

Davon abgesehen, gibt es bisher keine fundierte Anleitung für eine gezielte Therapie der MD. Je nach Ausprägung der jeweiligen Symptome kann eine Therapie mit Psychopharmaka (Antidepressiva) bei einer komorbiden Depression erfolgen. Steht eher die Wahnsymptomatik und das gestörte Körperbild im Vordergrund, empfiehlt sich eine kognitive Verhaltenstherapie oder eine Kombination beider Therapien (Leone et al. 2005).

Möchte der Patient ein tieferes Verständnis der möglichen Gründe für die Entstehung seiner Störung erlangen, sind tiefenpsychologische Verfahren wie eine Psychoanalyse angebracht. Die Wirksamkeit der genannten Therapieoptionen wurde allerdings bislang nicht empirisch überprüft.

Literatur

Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U (2001) The "Dorian Gray Syndrome": psychodynamic need for hair growth restorers

- and other "fountains of youth". *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics* 39, 279–283
- Cafri G, Olivardia R, Thompson JK (2008) Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry* 49, 374–379
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD, Serpe RT (2008) The Prevalence of Body Dysmorphic Disorder in the United States Adult Population. *CNS Spectrum* 13, 316–322
- Leone JE, Sedory EJ, Gray KA (2005) Recognition and Treatment of Muscle Dysmorphia and Related Body Image Disorders. *Journal of Athletic Training* 40, 352–359
- Nieuwoudt JE, Zhou S, Coutts RA, Booker R (2012) Muscle dysmorphia: Current research and potential classification as a disorder. *Psychology of Sport and Exercise* 13, 569–577
- Olivardia R, Pope HG, Hudson JI (2000) Muscle dysmorphia in male weight lifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry* 157, 1291–1296
- Pope HG, Katz DL (1994) Psychiatric and medical effects of anabolic androgenic steroids: a controlled study of 160 athletes. *Archives of General Psychiatry* 51, 375–382
- Pope HG, Gruber AJ, Choi P, Olivardia R, Phillips KA (1997) Muscle dysmorphia: an underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics* 38, 548–557
- Pope HG, Phillips KA, Olivardia R (2000) The Adonis complex: The secret crisis of male body obsession. Free press New York
- Pope CG, Pope HG, Menard W, Fay C, Olivardia R, Phillips KA (2005) Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. *Body Image* 2, 395–400

Aging-Male-Syndrom

Kurt Seikowski

Synonyme

Altershypogonadismus, Androgenmangelsyndrom, ADAM, PADAM

Begrifflichkeiten

Ähnlich der Wechseljahre (Klimakterium) bei der Frau, deren Begleiterscheinungen bzw. Beschwerden auf Veränderungen des weiblichen Sexualhormonsystems zurückgeführt werden, gibt es analoge Phänomene beim Mann, für die unterschiedliche Begriffe verwendet werden: Der Begriff der „männlichen Wechseljahre“ (Klimakterium virile) ist eher irreführend, da „Wechsel“ bei der Frau bedeutet, dass die Empfängnisfähigkeit ab dieser Zeit ausbleibt, der Mann jedoch bis ins hohe Alter weiterhin

Kinder zeugen kann. Auch „Andropause“ trifft nicht den Kern der Veränderungen, da dieser Begriff suggeriert, dass es irgendwann „weitergeht“, was nicht der Fall ist. Medizinisch am zutreffendsten sind die Begriffe „Altershypogonadismus“, „ADAM“ (Androgendefizit des alternden Mannes) bzw. PADAM (partielles Androgendefizit des alternden Mannes). Darunter werden hormonell bedingte Veränderungen des alternden Mannes beschrieben, die vordergründig durch pathophysiologisch bedeutsame Veränderungen der männlichen Sexualhormone hervorgerufen werden (Kliesch 2003). Die Begriffe „Aging-Male-Syndrom“ bzw. Midlife-Crisis (s. Kap. Midlife-Crisis) erweitern diesen medizinischen Ansatz um die psychosoziale Dimension beim alternden Mann. Am häufigsten wird zzt. im deutschsprachigen Raum der Begriff des „Androgenmangelsyndroms“ verwendet (Seikowski u. Paasch 2010). Allerdings gibt es auch sehr kritische Stimmen, die davor warnen, altersbedingte verminderte Testosteronproduktion als „Syndrom“ bzw. „Krankheit“ zu bezeichnen. Das mag für Pharmafirmen i.S. eines Lifestyle-Medikaments (z.B. in Form der Verabreichung eines Testosterongels) lukrativ sein, suggeriert jedoch, Altersprozesse aufhalten zu können, was als unseriös eingeschätzt wird (Blech 2003). Normale Alterungsprozesse des Mannes können alternativ durch den Begriff der Midlife-Crisis beschrieben werden (Seikowski 2007), ohne gleich von einem „Syndrom“ zu sprechen.

Historie

Mit der Entstehung der noch recht jungen Fachdisziplin der Andrologie in den 50er-Jahren beschäftigten sich die Mediziner von Anfang mit Androgendefiziten des Mannes, deren Begrifflichkeiten sich dann jedoch von Zeit zu Zeit immer wieder änderten (Schirren 1995). In Deutschland einigten sich im Jahre 2000 zwölf Professoren für Urologie und Endokrinologie in einem „Konsensuspapier“ auf das Syndrom des „alternden Mannes“ und unterstützen so die Testosteron-Kampagne

einiger Pharmafirmen (Blech 2003; Konsensuspapier 2000).

Nosologie

In der ICD-10 ist Androgenmangelsyndrom als E88b (Andropause) verschlüsselt.

Ätiologie

Das Androgenmangelsyndrom entsteht mit zunehmendem Alter durch eine Abnahme der LH-Sekretion bei erhaltener pulsativer Frequenz und der Abnahme des biologisch aktiven LH, woraus eine verminderte Stimulation der Leydig-Zellen resultiert (Kliesch 2003).

Epidemiologie

Die Angaben zur Prävalenz sind in der Literatur sehr unterschiedlich. Eine der umfangreichsten aktuellen Studien beschreibt eine Häufigkeit von 2,1%. Dabei steigt die Prävalenz mit zunehmenden Altersdekaden an und erreicht in der Altersgruppe der Männer von 70–79 Jahre 5,1% (Wu et al. 2010).

Symptomatik

Beim Androgenmangelsyndrom treten folgende Beschwerden auf (Kliesch 2003): Verminderung der Muskelkraft durch Muskelatrophie, Zunahme des Fettgewebes (besonders im Bauchbereich), Verminderung der Knochendichte und Entwicklung einer Osteopenie/-porose, Knochenschmerzen, Frakturen oder Verminderung der Körpergröße, verminderte sexuelle Aktivität mit Libidoverlust und erektiler Dysfunktion, Hitzewallungen, Abnahme der Sekundärbehaarung, verminderte Talgproduktion der Haut mit Hauttrockenheit, Ausbildung einer Brustdrüenschwellung (Gynäkomastie), Auftreten einer milden Anämie mit chronischer Müdigkeit und Leistungsschwäche, Einschränkung der Lebensqualität mit depressiver Stimmungslage, Antriebsarmut.

Komorbiditäten

Am häufigsten wird das Androgenmangelsyndrom mit Adipositas, Diabetes und Hypertonie assoziiert (siehe die regelmäßigen Ausgaben der Zeitschrift „Aging Male“).

Diagnostik

Die Diagnose des Androgenmangelsyndroms erfolgt nach Kliesch (2008) über eine Hormondiagnostik zur Erfassung des Gesamt-Testosterons, des Sexual-Hormonbindenden Globulins (SHBG) und des freien Testosterons.

Therapeutisches Vorgehen

Der Schwerpunkt zur Behandlung des Androgenmangelsyndroms liegt auf der Hormonsubstitutionstherapie. Sie kann oral, per Pflaster als transdermale Applikation des Testosterons bzw. intramuskulär injiziert erfolgen. Es sollte jedoch immer eine strenge Indikation vorhanden sein und die hormonelle Substitution tatsächlich nur dann infrage kommen, wenn klar definiert zu wenig Testosteron produziert wird. Der Einsatz von Testosteron als Lifestyle-Medikament bleibt sehr fraglich (Blech 2003; Harth et al. 2008). Auch hinsichtlich der sexuellen Leistungs- und Beziehungsfähigkeit ist ein Umdenken mit zunehmendem Alter sinnvoller als der Versuch, mit Medikamenten bisheriges Erleben und Verhalten so weiter zu führen wie bisher (Stiehler et al. 2013).

Zur Behebung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und der Müdigkeit haben sich Entspannungstechniken als sehr hilfreich erwiesen (Seikowski 2012). Aber auch populärwissenschaftliche Literatur hilft vielen Männern, sich den Phänomenen des Alterns zu stellen (Wartenweiler 1998).

Literatur

Blech J (2003) Die Krankheitserfinder. Wie wir zu Patienten gemacht werden. 4. Aufl. S. Fischer Verlag GmbH Frankfurt am Main