

# 1

---

## Einführung

Jens Kleinert, Almut Zeeck und Heiko Ziemainz

Herr W. (24) wird an eine psychosomatische Ambulanz verwiesen. Seine körperliche Verfassung ist bedenklich. Auffallend sind schlechte Stoffwechselwerte, seine Fußsohlen sind teilweise blutig, sein Puls ist kritisch niedrig ( $< 30$  Schläge/Min.), sein Körpergewicht liegt bei einem BMI von  $19 \text{ kg/m}^2$ .

In der Anamnese zeigt sich, dass Herr W. ein Lauftraining von durchschnittlich  $100 \text{ km}$  pro Woche durchführt. Als er wegen einer Ermüdungsfraktur das Lauftraining unterbrechen musste, kam es zu einer depressiven Krise. In dieser Zeit hatte er Angst zuzunehmen, und sein BMI sank auf  $17,0 \text{ kg/m}^2$ .

Freunde habe er eigentlich nie gehabt, vermisse sie auch nicht. Das Laufen sei für ihn der einzige Weg, mit Konflikten und Anspannung umzugehen. Die Sorgen der Ärzte verstehe er nicht wirklich. Eigentlich ginge es ihm soweit gut. Er wolle weiter trainieren. Das Laufen sei das einzige, was er habe.

Vieles in diesem Fallbeispiel wirkt zweifellos »unnormale« oder »krankhafte«. Sporttreiben ist für Herrn W. offensichtlich etwas Zwanghaftes, nicht Kontrollierbares. Er treibt Sport, obwohl er sich selbst hierdurch Schaden zufügt – körperlich, psychisch und vermutlich auch sozial. Dieses Zusammentreffen von Selbstschädigung, exzessivem Ausmaß von Sportaktivität und fehlender Kontrolle des eigenen Verhaltens legen den Verdacht auf eine *Sportsucht* nahe.

Das Phänomen Sportsucht geht geschichtlich auf eine Studie aus dem Jahr 1970 zurück: Baekeland (1970) beobachtete im Rahmen einer eigenen Untersuchung, dass einzelne Probanden selbst durch Geld nicht dazu zu bewegen waren, ihr Sporttreiben für eine bestimmte Zeit aufzuhören. Er vermutete einen suchartigen Hintergrund. Seitdem wurden eine Vielzahl von Studien durchgeführt, die Sportsucht näher beschrieben haben und ihre Bedingungen analysierten (s. die Übersichtsarbeiten von Adams und Kirkby 2002, Adams et al. 2003, Allegre et al. 2006, Breuer und Kleinert 2009, De Coverley Veale 1987, Hausenblas und Symons Downs 2002a, Kleinert 2014).

Anfangs haben sich Untersuchungen zur Sportsucht auf extreme Ausdaueraktivitäten (z. B. Laufen, Schwimmen, Radfahren) beschränkt. Suchartiges Verhalten kann jedoch im Grunde bei jeder Form von Bewegungsaktivität entstehen, beispielsweise im Fitness-training oder Erlebnisbereich, weswegen wir in diesem Buch neben Sportsucht auch von suchartigem Bewegungsverhalten sprechen.

Mit dem vorliegenden Buch wollen wir den aktuellen Stand zum Thema Sportsucht aufbereiten. Dies betrifft insbesondere begriffliche Fragen (z. B. Definitionen; ► Kap. 2), aber auch Fragen der Häufigkeit des Auftretens (► Kap. 3). Weiterhin werden typische Felder für das Auftreten von Sportsucht (z. B. Ausdauersport, Fitnesssport) sowie Zusammenhänge mit anderen Störungsbildern (z. B. Essstörungen,

Muskeldysmorphie) erläutert (► Kap. 4). Nach einer Darstellung von pathogenetischen Modellen und Entstehungsbedingungen (► Kap. 5) werden abschließend diagnostische (► Kap. 6) und präventive sowie therapeutische Ansätze (► Kap. 7) besprochen.

Dieses Buch soll aber auch verdeutlichen, in welcher Form sich Sportsucht oder suchartiges Bewegungsverhalten von einer gesunden, für die persönliche Entwicklung positiven Bewegungs- und Sportaktivität unterscheidet. Denn unter dem Strich bleiben Sport und Bewegung etwas, was entscheidende und positive Effekte für die psychische Gesundheit (Biddle und Asare 2011), für die Therapie und Rehabilitation körperlicher Erkrankungen (Rost 2005) und auch im Falle von psychischen Erkrankungen (Hölter 2011) hat.

# 2

---

## Bestimmungsmerkmale und Kriterien der Sportsucht

Jens Kleinert

In mindestens dreierlei Hinsicht ist die Definition der Sportsucht schwierig. Erstens ist es – wie auch bei anderen Verhaltenssüchten – schwer einzuschätzen, ab wann Sporttreiben tatsächlich als eine Sucht im krankhaften Sinne bezeichnet werden kann. Zweitens sind die Erscheinungsformen und Ausprägungen so vielfältig und unterschiedlich, dass es problematisch erscheint, *die* bzw. *eine* Sportsucht zu beschreiben. Und drittens ist auffälliges Sport- und Bewegungsverhalten in den meisten Fällen eng verbunden mit anderen psychischen Auffälligkeiten oder Störungen, weshalb es häufig nicht einfach

ist, Sportsucht von anderen psychischen Erkrankungen klar abzugrenzen.

Das vorliegende Kapitel fokussiert insbesondere die erste Herausforderung, nämlich die Frage, ab wann Sporttreiben oder körperliche Aktivität suchtartige Züge annehmen oder sogar als krankhaftes Verhalten bezeichnet werden müssen. Zur Beantwortung dieser Frage werden neben der vorliegenden Sportsucht-Literatur auch die grundsätzlichen Kriterien von Sucht und Abhängigkeit verwendet, wenn auch die Übertragung dieser Kriterien auf die Sportsucht mit Vorsicht vorgenommen werden muss.

## 2.1 Bestimmungsmerkmale der Sportsucht

Bereits die Vielzahl von Begrifflichkeiten, mit denen die Sportsucht umschrieben wird, zeigt die Uneindeutigkeit in ihrer Darstellung. Während im deutschsprachigen Raum zumeist von Sportsucht (»exercise addiction«) gesprochen wird, findet sich in der internationalen Literatur häufig auch der Begriff der Sportabhängigkeit (»exercise dependence«). Andere Umschreibungen bringen weitere Akzente ein, zum Beispiel die Zwanghaftigkeit des Verhaltens (»compulsive exercise«) oder die Verbindung mit Essstörungen (»running anorectics«). Schließlich zeigen frühere Wortschöpfungen, dass im Bereich des Laufsports die Anfänge der Sportsuchtforschung lagen (»obligatory runners«, »running addiction«). Im vorliegenden Buch werden wir der Einfachheit halber in der Regel den Begriff der Sportsucht verwenden, der alle Formen der bewegungsbezogenen Abhängigkeit miteinschließen soll. An Stellen, an denen der Begriff sehr weit gefasst gemeint ist, wird allgemeiner von »problematischem Sporttreiben« gesprochen.

### 2.1.1 Exzessives Sporttreiben

Das auf den ersten Blick zentrale Merkmal der Sportsucht ist sicherlich die Sport- und Bewegungsaktivität selbst. Daher ist ein auffallend hohes Ausmaß an körperlicher Aktivität trotz aller Schwierigkeiten, Sportsucht zu definieren, ein wichtiges Merkmal. Diese auch als »exzessives Sporttreiben« bezeichnete Auffälligkeit ist jedoch keinesfalls ausreichend, um Sportsucht im Sinne einer krankhaften Störung zu definieren. Der Sportumfang alleine ist somit kein hinreichendes wissenschaftliches oder klinisches Kriterium, was auch daran deutlich wird, dass hohe Sportumfänge im Leistungssport gang und gebe sind. So beschreiben Tucker und Collins (2012), dass zum Beispiel 1000 Trainingsstunden pro Jahr im Hochleistungsbereich vieler Sportarten eher die Regel als die Ausnahme sind. Solche wöchentlichen Trainingsumfänge von 20 oder mehr Stunden lassen sich sicherlich nicht abgrenzen vom Sportumfang eines Sportsüchtigen. Aufgrund dieser schweren Einschätzbarkeit exzessiver Sportaktivität als gut oder schlecht bzw. gesund oder krank wurde in der Vergangenheit grundsätzlich diskutiert, ob stark ausgeprägtes Sport- und Bewegungsverhalten problematisch ist oder behandelt werden muss. In diesen Diskussionen wurde auch häufig von einer »positiven« Sucht (»positive addiction«) gesprochen (Carmack und Martens 1979; Glasser 1976; De La Torre 1995), da ja umfangreicher Sport grundsätzlich auch zu positiven Konsequenzen führen kann (z. B. körperliche oder psychische Gesundheit). Der Begriff »positive Sucht« ist jedoch aus theoretischer und klinischer Sicht unangemessen, da bei einer Sucht laut Definition grundsätzlich die negativen Umstände die denkbaren positiven Aspekte des Verhaltens deutlich übersteigen. Mit dieser Lesart unterscheidet sich der wissenschaftliche Suchtbegriff von der manchmal im Alltag üblichen Art und Weise, das Wort »süchtig« zu verwenden (nämlich für etwas, was man besonders gern oder häufig macht).

Exzessives Sporttreiben ist im Sinne der Sportsucht als maßloses Sporttreiben zu verstehen. Maßlos heißt hier, »dies in einer übersteigerten, übertriebenen oder ausufernden Form –letztlich also in

ungewöhnlichem Umfang – zu tun; exzessiv bedeutet aber auch, Sport und Bewegung zügellos und unersättlich zu treiben, das heißt Grenzen sowie Zweck- oder Sinnbezüge zu missachten« (Kleinert et al. 2013). Es geht also bei der Beurteilung von »exzessiv« nicht oder weniger um die Einschätzung der Quantität, sondern vielmehr um die Einschätzung der Funktionalität und Sinnhaftigkeit. Daher sind hohe Sportumfänge im Leistungssport im Rahmen der beruflichen Sportkarriere als funktional (d. h. zweckmäßig) und meist auch sinnvoll einzustufen. Die Aspekte der Funktionalität und Sinnhaftigkeit berühren darüber hinaus die Frage des Kontrollverlustes, der als ein Grundkriterium von Verhaltenssuchten weiter unten (► Kap. 2) besprochen wird.

Auch in der Sportsuchtforschung finden sich Hinweise darauf, dass der bloße Umfang von Sport sich kaum als Kriterium für Sportsucht eignet (Bamber et al. 2003). So fanden Davis et al. (1993) heraus, dass zwischen Sportumfang und anderen Suchtsymptomen nur geringe Zusammenhänge bestehen. Andersherum stellt sich die Frage, ob eine Sportsucht auch bei einem geringen Umfang von Sport bzw. körperlicher Aktivität denkbar ist. Auch wenn hierzu bislang keine abschließende Antwort vorliegt, kann angenommen werden, dass (sehr) niedrige Sportumfänge das Vorliegen einer Sportsucht ausschließen (siehe aber besondere Aspekte des zwanghaften Sporttreibens bei Essstörungen, ► Kap. 4.3). Die Erfassung von Sportumfängen könnte daher meist zwar als Ausschlusskriterium dienen, aber kaum als hinreichendes Kriterium für Sportsucht.

### **2.1.2 Maladaptivität**

Neben dem Begriff des exzessiven Sporttreibens ist der Begriff der *Maladaptivität* in Definitionen der Sportsucht sehr häufig zu finden (De Coverley Veale 1987; Hausenblas und Symons Downs 2002a). So beschreiben Symons Downs, Hausenblas und Nigg Sportsucht als »maladaptive pattern of excessive exercise behavior that manifests in physiological, psychosocial, and cognitive symptoms« (Symons Downs

et al. 2004, S. 185). Von Maladaptivität kann dann gesprochen werden, »wenn das Sport- und Bewegungsverhalten die persönliche Entwicklung des Betroffenen langfristig und maßgeblich beeinträchtigt, behindert oder unterdrückt« (Kleinert 2014, S. 169). Diese negative Auswirkung des exzessiven Sport- oder Bewegungsverhaltens auf die eigene Entwicklung kann daher auch als Leitkriterium für die klinische Relevanz der Sportsucht dienen (Kleinert et al. 2013).

Die Ausprägungen von Maladaptivität sind ebenso wie die Ausprägungen von Entwicklungsprozessen mehrdimensional (d. h. körperlich, psychisch und sozial). In körperlicher Hinsicht zeigt sich eine maladaptive Entwicklung beispielsweise in häufigen Verletzungen oder Erkrankungen, die sich daraus ergeben, dass die Betroffenen zu viel trainieren und sich körperlich überfordern oder schwächen (z. B. mit negativen Auswirkungen auf den Bewegungsapparat oder auch das Immunsystem). In psychologischer Hinsicht könnten sich maladaptive Entwicklungen darin zeigen, dass das Selbst- und Körperkonzept leidet (z. B. Abhängigkeit des Selbstwerts von sportlicher Aktivität, depressive Stimmungslage, wenn kein Sport getrieben werden kann); aus sozialer Sicht sind typische Anzeichen einer maladaptiven Entwicklung Probleme in der Familie, in der Ausbildung oder im Beruf (z. B. Konflikte in Beziehungen aufgrund der hohen Bedeutung des Sports, sozialer Rückzug oder Vernachlässigung der beruflichen Ausbildung).

Wenn Sporttreiben nicht nur nach seinem Umfang, sondern nach seiner Bedeutung im Rahmen der Entwicklung des Betroffenen beurteilt wird, ist eine Unterscheidung von »normalem« und »krankhaftem« Sport- und Bewegungsverhalten deutlich einfacher: »In light of this definition pathogenic exercisers could be distinguished from the other high-volume exercisers, like athletes, who maintain control over their training, have a fixed schedule of training to also meet other life-obligations, and encounter no harmful or negative consequences as a result of their intensive training« (Egorov und Szabo 2013, S. 200).

### 2.1.3 Leidensdruck und Krankheitseinsicht

Neben dem Merkmal der Maladaptivität wird im Zusammenhang mit Suchtverhalten auch der Leidensdruck der Betroffenen hervorgehoben. Der subjektive Leidensdruck beschreibt ein Gefühl der Betroffenen, dass das Verhalten ihnen schadet, ihr Wohlbefinden und ihre Entwicklung darunter leiden und dass sich etwas ändern muss. Diese Gefühlslage wird auch in einem 2016 veröffentlichten Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) als mitentscheidendes Kriterium zur Bestimmung einer krankhaften Verhaltenssucht (im Vergleich zum unproblematischen Verhalten) betont (DGPPN 2016). Andererseits ist gerade bei der Sportsucht nicht selten, dass ein (nach objektiven Kriterien) offensichtlich problematisches Sport- oder Bewegungsverhalten (anfänglich) ohne Leidensdruck besteht. Leidensdruck ist daher zwar ein sehr bedeutsames Merkmal, kann jedoch vermutlich nicht in jedem Stadium einer Sportsucht als zwingend notwendig (d. h. obligat) bezeichnet werden.

Das Ausmaß des Leidensdrucks geht einher mit dem Ausmaß an negativem Affekt (d. h. negativer Gefühlslage), der mit dem Sport und der körperlichen Aktivität in Verbindung steht. Dieser negative Affekt kann sich auf den Sport selbst beziehen (z. B. ein Gefühl des Zwangs und des Sporttreiben-Müssens) oder auch auf das Gefühl, durch den Sport wichtige Bedürfnisse nicht befriedigen zu können (z. B. Vernachlässigung von Familie und Freunden). Da zugleich bei Sportsüchtigen der Sport die hauptsächliche Möglichkeit ist, negative Affekte zu regulieren (also sich besser zu fühlen), entsteht ein innerer Konflikt zwischen dem Nicht-Wollen (weil Sport der Entwicklung nicht guttut) und dem Müssen (aufgrund des Zwangsgefühls). Dieser Konflikt geht mit einer starken Spannungslage einher (d. h. Dissonanz), die selbst wieder als unangenehm erlebt wird.

In den Fällen von Sportsucht, in denen Leidensdruck ausgeprägt ist, führt dieser dazu, dass zunehmend auch eine rationale Krankheitseinsicht entsteht. Das heißt, dass die Betroffenen nicht nur fühlen, sondern auch wissen, dass sich etwas ändern muss. Diese rationale

Krankheitseinsicht führt in solchen Fällen dazu, dass eine Behandlung nicht nur akzeptiert, sondern oft auch gewünscht wird. Wie häufig und wie stark dieser Behandlungswunsch vorliegt, ist empirisch nicht gesichert – aus der klinischen Praxis werden häufig Fälle von Sportsucht ohne Leidensdruck geschildet.

#### **2.1.4 Zwangserleben**

Zwangserleben ist dadurch charakterisiert, dass die Betroffenen das Gefühl haben, nicht Herr über die eigene Entscheidung zum Sporttreiben zu sein. Stattdessen erleben die Betroffenen ein Gefühl des Ausgeliefertseins. Mit anderen Worten: Die Betroffenen beherrschen nicht den Sport, sondern fühlen sich vom Sport beherrscht (► Kap. 2.2.3 zu Non-Intentionalität und ► Kap. 2.2.5 zu Aufwand).

Die Rolle des Zwangs als Bestimmungsmerkmal der Sportsucht ist nicht eindeutig geklärt und wird in der Fachliteratur entsprechend unterschiedlich gesehen. Auf der einen Seite wird das Zwangserleben als bedeutsamer und wichtiger Bestandteil der Sportsucht beschrieben – so bereits in den frühen Veröffentlichungen von Morgan (1979). Auf der anderen Seite wird der Zwang vielfach nicht mehr als Kardinalsymptom bezeichnet und stattdessen in abgeschwächter Form von fehlender Absicht (intention effects) gesprochen (Symons Downs et al. 2004). Es lassen sich demnach zwei Lager beschreiben: Die einen Autoren sehen den erlebten Zwang zum Sporttreiben als ein notwendiges Kriterium an (De Coverley Veale 1987; Gulker et al. 2001; Taranis et al. 2011a), während andere verschiedene Formen der Sportsucht favorisieren, die mehr oder weniger mit dem Phänomen des Zwangs verbunden sind (Davis et al. 1993, S. 613; Freimuth et al. 2011, S. 4071; Kleinert et al. 2013; Kleinert und Wasserkampf 2016; ► Kap. 4.1).