

Sucht: Risiken – Formen – Interventionen

Interdisziplinäre Ansätze von der Prävention zur Therapie

Hrsg. von O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank und M. Klein

Kleinert/Zeeck/Ziemainz

Sportsucht und pathologisches Bewegungsverhalten

Kohlhammer

Kohlhammer

Autorinnen und Autoren

Jens Kleinert

Prof. Dr. Jens Kleinert, Dipl.-Sportlehrer; approb. Arzt; Leiter der Abteilung Gesundheit & Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts der Deutschen Sporthochschule Köln (DSHS); Arbeitsschwerpunkte Motivation, Emotion, Psychische Gesundheit, Stress, Gruppe/Beziehung; 2004–2006 Professur für Sport und Gesundheit am Institut für Sportwissenschaft der Universität Würzburg; seit 2006 Professur für Sport- und Gesundheitspsychologie an der DSHS Köln; seit 2014 und bis 2024 Prorektor für Studium und Lehre der DSHS Köln.

Almut Zeeck

Prof. Dr. Almut Zeeck, FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, Zusatzbez. Psychoanalyse, ist stellvertretende ärztl. Direktorin an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg; Koordinatorin der Arbeitsgruppe Anorexia Nervosa für die S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen, Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS); Forschungsschwerpunkte: Essstörungen, Essstörungen und Sport, Psychotherapieforschung, Versorgungsforschung.

Heiko Ziemainz

PD Dr. Heiko Ziemainz, Akademischer Direktor am Department für Sportwissenschaft und Sport an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, u.a. verantwortlich für den Bereich Sportpsychologie, Schwimmen und Triathlon; Forschungsschwerpunkte: Sportsucht, Lauftherapie, Sportpsychologische Trainingsverfahren, Wohlbefinden und Sport.

Unter Mitarbeit von

Hanna Raven und **Anna Wasserkampf**, beide Psychologisches Institut der Deutschen Sporthochschule Köln.

Jens Kleinert
Almut Zeeck
Heiko Ziemainz

**Sportsucht und
pathologisches
Bewegungsverhalten**

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2020

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-035637-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-035638-2

epub: ISBN 978-3-17-035639-9

mobi: ISBN 978-3-17-035640-5

Geleitwort der Reihenherausgeber

Während einzelne Berichte über suchtartige Verhaltensweisen im Kontext von Bewegung und Sport (Anorexia nervosa, Marathonläufer, Gewichtheber etc.) schon seit vielen Jahren kursieren, ist die systematische empirische Erarbeitung dieses für die Gesellschaft zunehmend wichtigen Feldes erst in den letzten Jahren gelungen.

Durch die Konzeptualisierung der Verhaltenssuchte ist es möglich, typische suchtartige Handlungsweisen und Erlebensweisen bei Menschen mit intensiver oder exzessiver Sportausübung und Bewegungsdrang zu beschreiben und einer Therapie zugänglich zu machen. Es ist dem interdisziplinären Autorenteam zu verdanken, nicht nur die psychologischen sondern auch die sportsoziologischen und die den einzelnen Bewegungs- und Sportarten immanenten besonderen Mechanismen darzustellen. Selbstverständlich ist auch bei diesen Störungen sehr auf die Komorbidität und deren Behandlung zu achten, allerdings erklärt diese Komorbidität vor allem bei schweren Fällen nicht die gesamte Varianz und es sind auch Konzepte der Verhaltenssuchte anzuwenden, um den Klienten zu helfen.

Entscheidend ist hierbei die Kenntnis und Wachsamkeit von Psychotherapeuten und Psychiatern aber auch anderen Berufsgruppen, exzessives Sport- und Bewegungsverhalten nicht nur als kuriose Normvariante oder modische Welle abzutun, sondern den Leidensdruck und die dahinterliegenden Motivationen und Mechanismen beim Patienten zu erkennen.

Oliver Bilke-Hentsch, Luzern
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank, Köln
Michael Klein, Köln

Inhalt

Geleitwort der Reihenherausgeber	5
---	----------

1 Einführung	13
---------------------	-----------

Jens Kleinert, Almut Zeeck und Heiko Ziemainz

2 Bestimmungsmerkmale und Kriterien der Sportsucht	16
---	-----------

Jens Kleinert

2.1	Bestimmungsmerkmale der Sportsucht	17
2.1.1	Exzessives Sporttreiben	18
2.1.2	Maladaptivität	19
2.1.3	Leidensdruck und Krankheitseinsicht	21
2.1.4	Zwangserleben	22
2.2	Kriterien der Sportsucht	23
2.2.1	Toleranzentwicklung	25
2.2.2	Entzugssymptome	26
2.2.3	Non-Intentionalität	27
2.2.4	Kontrollverlust	28
2.2.5	Aufwand	28
2.2.6	Soziale Vernachlässigung und Konflikt	30
2.2.7	Maladaptive Kontinuität	30
2.3	Bedeutung von Suchtkriterien für die Sportsucht	31

3 Epidemiologie der Sportsucht 33

Jens Kleinert

3.1	Zur Methodik im Rahmen der Epidemiologie der Sportsucht	35
3.2	Prävalenz der Sportsucht bei Sporttreibenden	37
3.3	Prävalenz der Sportsucht in der Gesamtbevölkerung	40
3.4	Primäre und sekundäre Sportsucht	41

4 Verhaltensspezifika 44

4.1	Formen, Typisierung und Komorbidität der Sportsucht	44
	<i>Jens Kleinert</i>	
4.1.1	Drei-Achsen-Typisierung der Sportsucht	46
4.1.2	Ätiologische Typisierung: Primäre vs. sekundäre Sportsucht	46
4.1.3	Verhaltensregulative Typisierung: egosyntone vs. egodystone Sportsucht	48
4.1.4	Aktivitätsgebundene Typisierung: Ausdauer-, Ästhetik- und Erlebnistyp	50
4.1.5	Komorbidität	51
4.2	Sportsucht und Ausdauersport	53
	<i>Heiko Ziemainz</i>	
4.2.1	Ausdauer	54
4.2.2	Prävalenz	55
4.2.3	Sportsucht und Ausdauersportart	56
4.2.4	Sportsucht und Geschlecht	57
4.2.5	Sportsucht und Alter	58
4.2.6	Sportsucht und Trainingsalter/ Belastungsnormative im Ausdauersport	58
4.2.7	Probleme	59

4.3	Essstörungen und Sportsucht <i>Almut Zeeck</i>	60
4.3.1	Symptomatik	62
4.3.2	Sportsucht bei Essstörungen: Risikofaktoren und Ätiologie	69
4.3.3	Häufigkeit	71
4.3.4	Klinische Bedeutung	72
4.4	Muskeldysmorphie und Sportsucht <i>Almut Zeeck</i>	73
4.4.1	Muskeldysmorphie: Symptomatik und diagnostische Kriterien	74
4.4.2	Der Drang nach Muskularität – ein männliches Problem? Risikofaktoren und Ätiologie	75
4.4.3	Häufigkeit	80
4.4.4	Muskeldysmorphie und Sportsucht	81
4.5	Self-Tracking und Sportsucht <i>Jens Kleinert, Hanna Raven und Anna Wasserkampf</i>	83
4.5.1	Zum Phänomen des Self-Tracking	83
4.5.2	Motivation zum Self-Tracking	86
4.5.3	Self-Tracking und Sportsucht	87
4.5.4	Fazit	88
4.6	Sportsucht im Fitness- und Kraftsport <i>Heiko Ziemainz</i>	89
4.6.1	Begriffsklärung	90
4.6.2	Untersuchungen im Bereich Sportsucht und Kraftsport	91
4.6.3	Probleme	96
5	Ätiologische und psychosoziale Aspekte der Sportsucht	98
5.1	Modelle und Erklärungsansätze von Sportsucht <i>Heiko Ziemainz</i>	98

5.1.1	Physiologisch-orientierte Erklärungsansätze	101
5.1.2	Psychologisch orientierte Erklärungsansätze	104
5.1.3	Multidimensionale prozessorientierte Modelle	108
5.2	Sportsucht und Leidenschaft <i>Jens Kleinert</i>	120
5.2.1	Harmonische und obsessive Leidenschaft	120
5.2.2	Zusammenhänge von Sportleidenschaft und Sportsucht	122
5.2.3	Fazit	124
5.3	Selbstideal, Körpererleben und Sport <i>Almut Zeeck</i>	125
5.3.1	Einfluss sozialer Normen auf Selbstideal und Körpererleben	126
5.3.2	Selbstideal und Sportsucht	128

6	Diagnostik der Sportsucht	131
----------	----------------------------------	------------

6.1	Fragebögen zur Erfassung der Sportsucht <i>Jens Kleinert</i>	131
6.1.1	Übersicht zu bestehenden Instrumenten	133
6.1.2	Güte von Sportsuchtfragebögen	134
6.1.3	Sportsuchtfragebögen in der klinischen Diagnostik	135
6.2	Klinische Diagnostik der Sportsucht <i>Jens Kleinert, Almut Zeeck und Heiko Ziemainz</i>	143
6.2.1	Meta-Kriterien der klinischen Diagnose	144
6.2.2	Methoden der klinischen Diagnostik	148
6.2.3	Differentialdiagnostik	156

7 Therapie und Prävention 157

7.1	Therapeutische Ansätze bei Sportsucht <i>Almut Zeeck</i>	157
7.1.1	Ziele der Therapie	158
7.1.2	Behandlungskomponenten	160
7.1.3	Sportsucht bei Essstörungen	165
7.1.4	Beispiele für ambulante Programme	167
7.1.5	Beispiele für stationäre Programme	170
7.1.6	Muskeldysmorphie	174
7.2	Prävention der Sportsucht <i>Jens Kleinert</i>	175
7.2.1	Formen der Prävention	175
7.2.2	Zielbereiche von Gesundheitsförderung und Prävention der Sportsucht	177
7.2.3	Psychosoziale, gesundheitsförderliche Ziele von Sport	177
7.2.4	Prävention der Sportsucht	179
7.2.5	Früherkennung	181
7.2.6	Maßnahmenebenen und Fazit	182

8 Ausblick 184

Jens Kleinert, Almut Zeeck und Heiko Ziemainz

Literatur 187

Stichwortregister 209

1

Einführung

Jens Kleinert, Almut Zeck und Heiko Ziemanz

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 kg/m^2 .

In der Anamnese zeigt sich, dass Herr W. ein Lauftraining von durchschnittlich 100 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 suchartige 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