

Bewegungssucht – Begleitsymptom von Essstörungen oder eigenständige psychische Diagnose?

Seit über 40 Jahren findet man in der wissenschaftlichen Literatur Hinweise darauf, dass Sport und Bewegung exzessiv getrieben werden und verhaltenssuchtähnliche Charakteristika aufweisen können. Über eine klare Definition von Verhaltenssucht sowie von Bewegungs- oder Sportsucht wird allerdings noch diskutiert. Ohne diese konzeptionelle Grundlage ist die aktuelle Forschung jedoch stark eingeschränkt. Es bleibt unklar, ob Bewegungssucht als konkrete Verhaltenssucht zu verstehen ist oder ob sie nur als Begleitsymptom einer anderen psychischen Störung, üblicherweise einer Essstörung, auftritt.



Flora Colledge

von Flora Colledge

Bewegung – nicht nur gesund?

Im Jahr 1970 führte der Forscher Frederik Baekeland eine Studie zu den Auswirkungen von Bewegung auf den Schlaf durch (1). Als er seine Probanden bat, auf Sport und Bewegung zu verzichten, stellte er fest, dass diese Anforderung für einige Personen als extrem herausfordernd wahrgenommen wurde. Basierend auf dieser Beobachtung thematisierte Baekeland erstmals das Suchtpotenzial von Bewegung in der wissenschaftlichen Literatur. Darauf folgten verschiedene Fallstudien von Personen, die sich trotz negativer Folgen, wie schwerwiegenden Verletzungen oder Vernachlässigung von beruflichen Pflichten, mehrere Stunden am Tag bewegten und die beim Pausieren gravierende Angst und Schuldgefühle spürten (2–6). Diese Personen sind von sportbegeisterten Menschen zu unterscheiden, da die Symptome erhebliche Beeinträchtigungen für den Betroffenen darstellen. Zumal diese und weitere Symptome den in DSM-IV und DSM-5 aufgeführten Kriterien für substanzgebundene Suchterkrankungen (Entzugssymptome, Toleranz, Weiterführung trotz negativer Folgen) ähneln, wird seit den Neunzigerjahren über körperliche Bewegung als mögliche Verhaltenssucht geschrieben und geforscht (7). Allerdings wird im DSM-5 Bewegungssucht nicht als Verhaltenssucht kategorisiert.

Das liegt daran, dass dieses Phänomen unzureichend recherchiert und charakterisiert (8, 9) ist; wie auch andere Verhaltenssuchten, beispielsweise Internet- oder Sexsucht. Im ICD-11 wird «Bewegungssucht» voraussichtlich ebenfalls nicht aufgeführt.

Eine Folge dieser Situation ist, dass für den Begriff «Bewegungssucht» keine allgemein akzeptierte Definition vorliegt. Dies führt dazu, dass unterschiedliche Kriterien von verschiedenen Forschungsgruppen verwendet werden, welche wiederum auf unterschiedlichen theoretischen Bezugspunkten basieren (10). Während beispielsweise einige die DSM-Kriterien für substanzgebundene Suchterkrankungen direkt übernehmen (11), versuchen andere, sich an einzelnen Merkmalen wie Entzugssymptomen und dem Gefühl, ohne tägliche Bewegung nicht auszukommen, zu orientieren (12,13).

Das resultiert dann in einer hohen Varianz von Prävalenzeinschätzungen, welche in manchen Fällen die Ausprägung dieses Phänomens massiv überschätzen (14). So schwanken die geschätzten Zahlen von Bewegungssuchtbetroffenen oder -gefährdeten zwischen 0,3 (15) und über 50 Prozent (16). Selbst innerhalb von homogenen Gruppen wurden Raten zwischen 3 und 45 Prozent (17, 18) berichtet. Da sich nur eine sehr kleine Anzahl von Menschen täglich mehr als 1 Stunde sportlich betätigt, halten sich Experten in der Regel an eine Zahl von ungefähr 0,3 Prozent der Gesamtbevölkerung. Nach Breuer und Kleinert (2009) lautet die Prävalenzschätzung der Sportsucht dieser Ausprägung bei körperlich aktiven Personen folgendermassen: jeder 1000. weist manifeste Störungsmerkmale auf, während jeder 10 000. als behandlungsbedürftig einzustufen ist (19).

Deutlicher wird die Konsequenz einer fehlenden einheitlichen Definition bei den derzeit eingesetzten Instrumenten zur Messung von Bewegungssucht: Die unterschiedlichen konzeptionellen Ansätze führen zu einem Pool unterschiedlichster Fragebogen, die keine vergleichbaren Ergebnisse liefern, weil sie das Phänomen nicht eindeutig abgrenzen. Die zuvor genannten hohen Prävalenzahlen könnten darin begründet sein, dass nicht zwischen bewegungssüchtigen Personen und begeisterten Sportlern unterschieden werden kann (10).

Primäre und sekundäre Bewegungssucht

Offen ist die Frage, ob Bewegungssucht als eine psychische Störung zu verstehen ist oder ob es sich, bei exzessivem und ungesundem Sporttreiben, eher um ein Begleitsymptom einer anderen psychischen Störung handelt (7). Diese Diskussion ist teilweise auf die mögliche Trennung von «primärer» und «sekundärer» Bewegungssucht zurückzuführen (20). Bewegt sich eine Person exzessiv, weil dies beispielsweise angstlindernd oder belohnend wirkt, ist von einer «primären» Bewegungssucht auszugehen; hat die Person ein anderes Ziel, etwa eine Gewichtsabnahme, so wird von einer «sekundären» Bewegungssucht gesprochen (14).

Die Differenzierung zwischen «primär» und «sekundär» wird allerdings nicht von allen Experten anerkannt. Ein Teil ist der Meinung, dass Bewegungssucht nur in einer «sekundären» Form erscheint (21), und zwar stets als Be-

gleitung zu einer Essstörung. Studien zu Prävalenzraten von Bewegungssucht bei Personen mit Essstörungen gehen von Zahlen zwischen 35 und knapp unter 50 Prozent (14) aus. Eine hohe Varianz wird bei dieser Population nicht berichtet; diese Zahlen scheinen daher etwas zuverlässiger als jene der oben genannten Studien zu sein, zumal sie zum Teil aus detaillierten Einzelgesprächen mit Betroffenen stammen (7).

Wichtig ist allerdings zu betonen, dass wenige, aber relevante Unterschiede in der symptomatischen Ausprägung von primärer und sekundärer Bewegungssucht dokumentiert wurden; laut de Coverley Veale ist eine gesteigerte gedankliche Beschäftigung mit Bewegung bei einer primären Bewegungssucht vorhanden (22). Andere Forschungsgruppen postulieren eine zwanghaftere Komponente des Bewegungsverhaltens bei Personen mit Essstörungen (hier werden die negativen Wirkungen einer Trainingspause befürchtet). Im Vergleich dazu ähnelt eine «primäre» Bewegungssucht eher einer substanzgebundenen Suchtform (bei welcher das Individuum den erwarteten positiven Wirkungen von Bewegung nachgeht) (23). Ein weiterer Unterschied kann zwischen «sekundärer» Bewegungssucht und «Anorexia athletica» gemacht werden; hierbei wird eine ungesunde Gewichtsabnahme erzielt, um die sportliche Leistung zu verbessern (24). Sportliche Ziele scheinen bei von Bewegungssucht betroffenen Personen hingegen wenig bis gar keine Bedeutung zu haben. Aus einer klinischen Perspektive können diese unterschiedlichen ätiologischen Variablen von grosser Bedeutung für die Therapie sein, auch wenn eine genaue diagnostische Kategorisierung noch aussteht. Es muss hier zukünftig ein besonderer Fokus auf die Motive und Erlebnisse von Bewegung gelegt werden, insbesondere bei der Entwicklung zukünftiger Messinstrumente.

Klinische Präsentation – Symptom oder Sucht?

Wenn Bewegungssucht ausschliesslich in ihrer «sekundären» Form zu beobachten ist, stellt sich die Frage, ob es sich um eine eigenständige psychische Störung handelt oder ob exzessives Training als Symptom einer Hauptdiagnose zu verstehen ist. Das Verhaltensmuster wäre also nicht mit einer klassischen substanzgebundenen Sucht zu vergleichen, sondern vielmehr als eine ungesunde, kompensatorische Massnahme anzusehen. Die Gefühle von Zwanghaftigkeit und Kontrollverlust, über die beispielsweise von Bulimie betroffene Personen berichten, scheinen sich in der exzessiven Bewegung widerzuspiegeln (25). Das Erbrechen wird bei Personen mit Bulimie aber nicht als eine gesonderte Störung behandelt. Ist es also möglich, dass exzessive Bewegung gar nicht pathologisiert werden kann (26)?

In diesem Kontext wäre Bewegung als gezielte Gewichtsverlustmassnahme oder als eine Art von «Purging» zu definieren. Es wäre auch möglich, dass «primäre» Bewegungssucht als Verhaltenssucht gilt und exzessive Bewegung oder «sekundäre» Bewegungssucht als unspezifische Begleiterscheinung bei anderen Störungen zu beobachten ist (23).

Zwischen 35 und 50 Prozent der Personen, welche unter Essstörungen leiden, berichten von exzessiven, zwanghaften Bewegungsgewohnheiten (27, 28). Diese Tatsache reicht nicht aus, um klare Aussagen über die spezifische Ausprägung von Bewegungssucht zu machen. Substanzgebundene Suchterkrankungen sind mit anderen psychischen Störungen häufig komorbid (29, 30), werden aber trotzdem als trennbare psychische Diagnose verstanden. Substanzgebundene Suchterkrankungen wurden allerdings über Jahrzehnte gründlich erforscht, und deren Verlauf wurde detailliert beschrieben (31). Verhaltenssuchte haben bis heute keine vergleichbare Evidenzbasis; eine Klassifizierung von Bewegungssucht als eigenständige Diagnose wird in der Literatur impliziert und die Evidenzlage deutet darauf hin, dass die Symptome nicht immer nur im Zusammenhang mit Essstörungen auftauchen. Daraus kann man schliessen, dass Bewegungssucht mit hoher Wahrscheinlichkeit mehr als ein Begleitsymptom darstellt; Aussagen über Sucht- oder Zwangsstörungscharakteristiken sind jedoch verfrüht.

Relevanz für die Praxis

Zusammengefasst deuten die frühen Fallstudien darauf hin, dass gewisse Personen in Bezug auf Bewegung über suchtähnliche Symptome berichten. Ob diese Symptome eine kohärente Verhaltenssucht bilden, kann anhand der bereits bestehenden Forschung nicht zuverlässig festgelegt werden. Eine exakte Konzeption und einheitliche Definition von Verhaltenssuchten, basierend auf detaillierten klinischen Gesprächen mit betroffenen Personen, ist notwendig, um derartige Probleme zu beheben. Zu betonen ist, dass Personen durch ungesunde und exzessive Bewegungsgewohnheiten belastet sein können und dass Menschen mit einer Essstörung möglicherweise zu dieser Gruppe gehören. Therapiemassnahmen für eine allfällige «primäre» Bewegungssucht sind kaum etabliert; bei Personen mit Essstörungen wird das Problem im therapeutischen Kontext zumindest thematisiert und mit professioneller Betreuung angegangen. Es fehlen jedoch Belege dafür, ob die konventionelle Therapie von Essstörungen auch die Symptome der Bewegungssucht effektiv behandelt (32). Derzeit liegt der Fokus in der Behandlung auf der kognitiven Verhaltenstherapie (33, 34); spezifischere Therapien müssten neben dieser die physiologischen Nebenwirkungen einer Trainingsreduktion wie (exzessive) Gewichtszunahme und Kreislaufprobleme, allenfalls mit ärztlicher Unterstützung, berücksichtigen und genau verfolgen (12).

Korrespondenzadresse:

Dr. Flora Colledge

Wissenschaftliche Assistentin Bereich Sportwissenschaft

Universität Basel

E-Mail: flora.colledge@unibas.ch

Merkmale:

- Bewegungssucht wird bis heute nicht als Suchterkrankung anerkannt.
- Betroffene, unter ihnen bis zu 50 Prozent der Personen mit Essstörungen, berichten von suchtähnlichen Symptomen in Bezug auf Bewegung.
- Die häufigsten Symptome sind ein unflexibles, umfangreiches Trainingspensum.
- Etablierte Therapieansätze fehlen.

Literatur:

1. Baekeland F: Exercise deprivation: Sleep and psychological reactions. *Arch Gen Psychiatry*. 1970; 22(4): 365–369.
2. Griffiths M: Exercise Addiction: A Case Study. *Addiction Research*. 1997; 5(2): 161–168.
3. Spieker MR: Exercise dependence in a pregnant runner. *J Am Board Fam Pract*. 1996; 9(2): 118–121.
4. Carmine V, Gabriella S, Francesca V, Marianna A, Giuseppe S, Dario G et al.: Exercise dependence induced by pramipexole in Parkinson's Disease – A Case Report. *Mov Disord*. 2010; 25(16): 2893–2394.
5. Lichtenstein MB, Christiansen E, Elklit A, Bilenberg N, Støving RK: Exercise addiction: A study of eating disorder symptoms, quality of life, personality traits and attachment styles. *Psychiatry Res*. 2014; 215(2): 410–416.
6. Anandkumar S, Manivasagam M, Kee VTS, Meyding-Lamade U: Effect of physical therapy management of nonspecific low back pain with exercise addiction behaviors: A case series. *Physiother Theory Pract*. 2018; 34(4): 316–328.
7. Freimuth M, Moniz S, Kim SR: Clarifying Exercise Addiction: Differential Diagnosis, Co-occurring Disorders, and Phases of Addiction. *Int J Environ Res Public Health*. 2011; 8(10): 4069–4081.
8. Potenza MN: Non-substance addictive behaviors in the context of DSM-5. *Addict Behav*. 2014; 39(1): 1–2.
9. Kardefelt-Winther D, Heeren A, Schimmenti A, van Rooij A, Muraige P, Carras M et al.: How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*. 2017; 112(10): 1709–1715.
10. Szabo A, Griffiths MD, de La Vega Marcos R, Mervó B, Demetrovics Z: Methodological and Conceptual Limitations in Exercise Addiction Research. *Yale J Biol Med*. 2015; 88(3): 303–308.
11. Lichtenstein MB, Nielsen RO, Gudex C, Hinze CJ, Jorgensen U: Exercise addiction is associated with emotional distress in injured and non-injured regular exercisers. *Addict Behav Rep*. 2018; 8: 33–39.
12. Grüsser SM, Thalemann CN. *Verhaltenssucht: Diagnostik, Therapie, Forschung*. (2006) Bern: Verlag Hans Huber.
13. Mathers S, Walker MB: Extraversion and exercise addiction. *J Psychol*. 1999; 133(1): 125–128.
14. Cook B, Karr TM, Zunker C, Mitchell JE, Thompson R, Sherman R et al.: Primary and secondary exercise dependence in a community-based sample of road race runners. *J Sport Exerc Psychol*. 2013; 35(5): 464–369.
15. Muller A, Loeber S, Sochtig J, Te Wildt B, De Zwaan M: Risk for exercise dependence, eating disorder pathology, alcohol use disorder and addictive behaviors among clients of fitness centers. *J Behav Addict*. 2015; 4(4): 273–280.
16. Di Nicola M, Tedeschi D, De Risio L, Pettorosso M, Martinotti G, Ruggeri F et al.: Co-occurrence of alcohol use disorder and behavioral addictions: relevance of impulsivity and craving. *Drug Alcohol Depend*. 2015; 148: 118–125.
17. Griffiths MD, Szabo A, Terry A: The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med*. 2005; 39(6): e30.
18. Zmijewski CF, Howard MO: Exercise dependence and attitudes toward eating among young adults. *Eating Behaviors*. 2003; 4(2): 181–195.
19. Breuer S & Kleinert J: Primäre Sportsucht und bewegungsbezogene Abhängigkeit – Beschreibung, Erklärung und Diagnostik. In Batthyány D & Pritz A (Hrsg.) *Rausch ohne Drogen: Substanzungebundene Süchte*. 2009. Wien: Springer
20. Veale D: Does primary exercise dependence really exist? In Annett J, Cripps B, Steinberg H (Hrsg.) *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise*. 1995. London: British Psychological Society.
21. Bamber DJ, Cockerill IM, Rodgers S, Carroll D: Diagnostic criteria for exercise dependence in women. *Br J Sports Med*. 2003; 37(5): 393–400.
22. Veale D. Exercise dependence. *Br J Addiction*. 1987; 82: 735–740.
23. Cunningham HE, Pearman S, Brewerton TD: Conceptualizing primary and secondary pathological exercise using available measures of excessive exercise. *Int J Eat Disord*. 2016; 49(8): 778–792.
24. Sudi K, Ottl K, Payerl D, Baumgartl P, Tauschmann K, Müller W: *Anorexia Athletica*. Nutrition. 2004; 20(7): 657–651.
25. Bamber D, Cockerill IM, Rodgers S, Carroll D: «It's exercise or nothing»: a qualitative analysis of exercise dependence. *Br J Sports Med*. 2000; 34(6): 423–430.
26. Billieux J, Schimmenti A, Khazaal Y, Maurage P, Heeren A: Are we over-pathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of behavioral addictions*. 2015; 4(3): 119–123.
27. Dalle Grave R, Calugi S, Marchesini G: Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: prevalence, associated features, and treatment outcome. *Compr Psychiatry*. 2008; 49(4): 346–352.
28. Shroff H, Reba L, Thornton LM, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH et al.: Features associated with excessive exercise in women with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2006; 39(6): 454–61.
29. Volkow ND. The Reality of Comorbidity: Depression and Drug Abuse. *Biol Psychiatry*. 2004; 56(10): 714–717.
30. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (eca) study. *JAMA*. 1990; 264(19): 2511–2518.
31. Griffiths MD: Behavioural addiction and substance addiction should be defined by their similarities not their dissimilarities. *Addiction*. 2017; 112(10): 1718–1820.
32. Swenne I: Changes and predictive value for treatment outcome of the compulsive exercise test (CET) during a family-based intervention for adolescents eating disorders. *BMC psychology*. 2018; 6(1): 55.
33. Hay P, Touyz S, Arcelus J, Pike K, Attia E, Crosby RD et al.: A randomized controlled trial of the compulsive Exercise Activity Therapy (LEAP): A new approach to compulsive exercise in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 2018; 51(8): 999–1004.
34. Dittmer N, Voderholzer U, von der Muhlen M, Marwitz M, Fumi M, Monch C et al.: Specialized group intervention for compulsive exercise in inpatients with eating disorders: feasibility and preliminary outcomes. *J Eat Disord*. 2018; 6: 27.