

Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel¹ die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid
Rektor

¹ Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

empfiehlt diese Bachelor-Arbeit

besonders zur Lektüre!

„Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht.“

Werner Gross



Sportsucht als neue Herausforderung in der Sozialen Arbeit

Claudia Bolfing
Nordstrasse 15
6300 Zug

claudia.bolfing@stud.hslu.ch

Fabienne Romani
Lochmühle
6102 Malters

fabienne.romani@stud.hslu.ch

Bachelorarbeit
Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

16. August 2010

Bachelorarbeit

Ausbildungsgang Soziale Arbeit

Kurs VZ07-02 / BB/TZ06-01

Claudia Bolfig & Fabienne Romani

„Hinter jeder Sucht ist eine Sehnsucht.“

Werner Gross

Sportsucht als neue Herausforderung in der

Sozialen Arbeit

Diese Bachelorarbeit wurde eingereicht im August 2010 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Soziale Arbeit.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

Reg. Nr.:

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelorarbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelorarbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelorarbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen SozialarbeiterInnen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2010

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

Leitung Bachelor

Abstract

Sport als „die schönste Nebensache der Welt“ – Ist das wirklich so?

Sport hat zum heutigen Zeitpunkt ein weit breiteres Ausmass angenommen, um nur als „Nebensache“ zu gelten. Bewegung und Sport geniessen in der Schweizer Bevölkerung ein sehr grosses Ansehen und bringen einen enormen wirtschaftlichen Nutzen. In Verbindung mit Sport können gesellschaftliche Werte wie Perfektionismus, Leistung sowie körperliche Idealvorstellungen ausgelebt und verwirklicht werden. Die vorliegende Bachelorarbeit befasst sich, entgegen den aufgeführten positiven Gesellschaftsbildern, mit einer Gefahr, die im Sport vorkommen kann: dem Suchtverhalten, welches durch exzessives Sporttreiben entstehen kann.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine Bestandesaufnahme der Sportsucht für den deutschsprachigen Raum in der Schweiz mittels einer qualitativen Forschung durchzuführen. Dadurch soll die Relevanz für die Soziale Arbeit eruiert und aus den Ergebnissen entsprechende Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet werden.

In vorliegender Arbeit wird aufgezeigt, dass konkrete Fälle der Sportsucht im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit bestehen und dass die Soziale Arbeit bereits über methodische sowie fachliche Kompetenzen verfügt, um dieser neuen Problematik zu begegnen. Um das Bewusstsein für diese Suchtform zu schaffen, muss eine Sensibilisierung in der Sozialen Arbeit geschehen. Mit dieser Bachelorarbeit wird ein erster Schritt in diese Richtung gemacht.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
Inhaltsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	7
1 Einleitung	11
1.1 Motivation.....	12
1.2 Fragestellung	12
1.3 Thesen	13
1.4 Ziel	13
1.5 Relevanz für den Beruf Soziale Arbeit	14
1.6 Aufbau der Bachelorarbeit	14
2 Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit	19
2.1 Das Berufsbild der Professionellen Sozialen Arbeit.....	19
2.1.1 Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen.....	20
2.1.2 Die Soziale Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe	20
2.1.3 Suchtpolitik in der Schweiz.....	22
3 Sucht und Verhaltenssucht sowie methodische Grundlagen in der Suchthilfe ...	27
3.1 Definition Sucht.....	27
3.1.1 Begriffserklärung.....	27
3.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit	29
3.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren.....	29
3.2.2 Stufenmodell über den Suchtverlauf.....	31
3.2.3 Multifaktorielles Modell	31
3.4 Verhaltenssucht	33
3.5 Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltenssucht ...	35
3.6 Methodische Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe.....	36
4 Sport und Sucht	41
4.1 Definition Sport	41
4.2 Stellenwert des Sports in der Gesellschaft	42
4.3 Sport und Soziale Arbeit	43

4.4	Definition Sportsucht.....	44
4.4.1	Sportsuchtspezifische Diagnostik.....	47
4.4.2	Entzugssymptome.....	48
4.4.3	Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung der primären Sportsucht.....	49
4.4.4	Therapeutische Interventionen.....	52
4.5	Parallelabhängigkeit.....	53
4.6	Empirische Daten.....	56
5	Forschungsmethodik.....	59
5.1	Auswahl der Forschungsmethode.....	59
5.2	Forschungsfragen.....	60
5.2.1	Gesprächsleitfaden.....	60
5.3	Sampling.....	62
5.3.1	Deduktive Stichprobenziehung.....	62
5.3.2	Kontaktaufnahme.....	62
5.4	Datenerhebung und –aufbereitung.....	63
5.5	Datenauswertung.....	64
6	Forschungsergebnisse.....	69
6.1	Ergebnisse aus den Interviews der Expertengruppe 1.....	69
6.1.1	Stellenwert des Sports in der Schweizer Bevölkerung.....	69
6.1.2	Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht.....	71
6.1.3	Erklärungsansätze und Auswirkungen der Sportsucht.....	71
6.1.4	Entwicklung des Phänomens in Zukunft.....	74
6.5.1	Interventionsmöglichkeiten.....	75
6.2	Ergebnisse aus den Interviews der Expertengruppe 2.....	76
6.2.1	Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht und Erklärungsansätze.....	76
6.2.2	Soziale Folgeprobleme.....	81
6.2.3	Handlungsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht.....	82
6.2.4	Entwicklung des Phänomens der Sportsucht in Zukunft.....	85
6.3	Ergebnisse aus den Interviews der Direktbetroffenen.....	88
6.3.1	Entstehung der Sportsucht.....	88

6.3.2	Suchtverlauf.....	89
6.3.3	Ausstieg aus der Sportsucht.....	90
7	Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse	95
7.1	Stellenwert des Sports in der Schweizer Bevölkerung.....	95
7.2	Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht und Fallzahlen	96
7.3	Erklärungsansätze und Auswirkungen der Sportsucht	97
7.4	Entwicklung des Phänomens der Sportsucht in Zukunft.....	99
7.5	Interventionsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht	99
8	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	105
8.1	Erkenntnisse für die Soziale Arbeit.....	105
8.2	Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit.....	107
8.3	Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit.....	108
8.3	Überprüfung der Fragestellung	110
8.4	Forschungsd desiderat	111
8.5	Ausblick.....	111
9	Quellenverzeichnis	115
Anhang	121

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Würfel-Modell / Van der Linde (2009, S. 14)	24
Abbildung 2: Vier Stufen der Suchtentwicklung / Jörg Häfeli (2009).....	31
Abbildung 3: Allgemeines Prozessmodell der Entwicklung sportassoziierter Symptome / Breuer und Kleinert 2009	50
Abbildung 4: Entwicklung und Wirkung von Sport- und Magersucht / Knobloch, Allmers und Schack (2000)	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchttheorien (eigene Darstellung)	32
Tabelle 2: Übersicht über prädestinierte Sportarten und Personen	73
Tabelle 3: Fallbeispiele aus der praktischen Tätigkeit der Sozialarbeitenden.....	79

Anhang

Anhang A: Gesprächsleitfaden Expertengruppe 1	CXXI
Anhang B: Gesprächsleitfaden Expertengruppe 2	CXXIII
Anhang C: Leitfaden der Direktbetroffenen	CXXV
Anhang D: Befragte Interviewpersonen	CXXVI
Anhang E: Auszug aus den Auswertungsergebnissen – Mühlfeld Claus Stufe 2	CXXVII

Titelbild: Chantal Romani (Paris, 2010)

Die gesamte Bachelorarbeit wurde von beiden Autorinnen verfasst.

Dank

Während der Erarbeitung der Bachelorarbeit haben wir von verschiedenster Seite wertvolle Unterstützung erhalten. Als Erstes möchten wir uns herzlich bei den Interviewpersonen bedanken, die sich bereit erklärt haben, sich unseren Fragen anzunehmen. Ohne ihre Mitwirkung wäre die Erreichung des Ziels dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Von Seiten der Hochschule Luzern Soziale Arbeit bedanken wir uns bei Frau Prof. Petra Benz und bei Frau Elke Brusa für die fachlichen sowie methodischen Inputs.

Namentlich erwähnen möchten wir auch die Personen, die uns während des Entstehungsprozesses der Bachelorarbeit mit Rat und Tat zur Seite gestanden sind: Tobias Pulfer und Thomas Ulrich möchten wir für die Hilfe beim Formatieren und der Gestaltung danken. Für die aufwändige „Lektorenarbeit“ sind wir Sandra Bolfig, Markus Kaufmann sowie Klemens Buob grossem Dank verbunden. Last but not least, möchten wir Chantal Romani, die das Titelbild dieser Bachelorarbeit geschaffen hat, ein grosses Lob aussprechen.

„Der Sport ist dazu da, dass man gesünder stirbt, und nicht dazu, dass man länger lebt.“

Ludwig Prokop, österreichischer Hochschullehrer

Dieses Zitat entdeckten wir bei unserem Besuch im Bundesamt für Sport in Magglingen an einer Fensterfront. Während dem ganzen Prozess hat uns diese Aussage symbolisch immer wieder bestärkt, an unserem Thema motiviert weiterzuarbeiten und dem Phänomen der Sportsucht auf die Spur zu kommen.



Einleitung

1 Einleitung

*„Profisportler ist ausser Arzt, Tätowierer, Piercer
und Domina der einzige Beruf, in dem selbstbeabsichtigte
Körperverletzungen ungeahndet bleiben.“*

Wolfgang Reus

Sport hat in der heutigen Leistungsgesellschaft einen sehr grossen Stellenwert erreicht. Dies bestätigt eine Studie vom Bundesamt für Sport (BASPO) über das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung im Jahr 2008. Knapp drei Viertel (73%) der Schweizer Wohnbevölkerung im Alter von 15 bis 74 Jahren treibt zumindest ab und zu Sport. Dabei ist eine starke Veränderung des Sportverhaltens von 2000 bis 2008 festzustellen. Im Jahr 2000 gab es noch deutlich mehr GelegenheitsportlerInnen, welche sich einmal wöchentlich aktiv betätigt haben (aktuell bei 27%). Demgegenüber ist der Anteil der Sport treibenden Personen, die regelmässig mehrmals pro Woche aktiv sind, im Vergleich zu 2000 deutlich angestiegen (aktuell bei 40%). Die Anzahl der Inaktiven bleibt dabei konstant bei 27%.

Ein zentrales Motiv, um Sport zu treiben, ist die Gesundheit. Mittlerweile ist bekannt, dass sich sportliche Aktivitäten positiv auf die Gesundheit auswirken und somit als wichtigstes Präventionsmittel eingesetzt werden. Für einen Grossteil der Bevölkerung ist Sport zudem der ideale Ausgleich zum privaten sowie beruflichen Alltag. Aus der Studie geht hervor, dass sich ein Zusammenhang zwischen dem Sportverhalten und dem Bildungsniveau zeigt. Je höher das Bildungsniveau, das Einkommen sowie die berufliche Stellung sind, umso häufiger wird Sport betrieben. In der Regel werden sportliche Aktivitäten ausserhalb „organisatorischen Strukturen“ durchgeführt, wie z.B. im Wald oder in den Bergen. Mittlerweile verfügen jedoch 14% der Schweizer Bevölkerung über ein Abonnement eines Fitnesscenters und 25 % sind in Sportvereinen organisiert. Die Studie bestätigt überdies, dass Sport ein grosses Ansehen in der Gesellschaft geniesst. 98% der Schweizer Bevölkerung geht davon aus, dass sich Sport positiv auf die individuelle Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. Somit sollen Programme und Angebote ausgebaut werden, um diese weiter Entwicklung zu fördern. Vier Fünftel der Schweizer Bevölkerung verfolgt zudem regelmässig das nationale und internationale Sportgeschehen (vorwiegend im Fernsehen). Als negative Folge werden lediglich körperliche Verletzungen genannt. Als weitere Gefahren werden Doping, Hooliganismus und die Kommerzialisierung des Sports erwähnt (Markus Lamprecht, Adrian Fischer & Hanspeter Stamm, 2008, S. 5 - 6).

Diese Bachelorarbeit möchte sich kritisch mit der Kehrseite der Medaille auseinandersetzen. Sport birgt nebst den vorhin erwähnten negativen Folgen eine weitere Gefahr: Das Suchtpotential. Die Fachpersonen der Sozialen Arbeit werden in vielfältiger Weise mit dem Thema „Sucht“ konfrontiert. Das Arbeitsfeld der Drogen- und Suchthilfe ist dabei ein fester Bestandteil in der Praxis.

1.1 Motivation

Bewegung und Sport geniessen in der Schweiz ein hohes Ansehen und sind mittlerweile zu einer der wichtigsten Freizeitaktivitäten geworden. Die Autorinnen dieser Bachelorarbeit zählen sich selbst zu regelmässig aktiven Sportlerinnen und verfolgen mit Interesse das nationale und internationale Sportgeschehen. Durch die zunehmende Präsenz des Themas Sportsucht in den Medien und den professionellen Bezug zu der Suchtarbeit, stieg das Interesse bei den Verfasserinnen, das Phänomen der Sportsucht für die Soziale Arbeit zu erforschen.

Ein weiterer Motivationspunkt besteht darin, über einen noch eher unbekanntem Themenbereich eine Bestandsaufnahme für die Soziale Arbeit in der deutschsprachigen Schweiz durchzuführen. Da die Autorinnen bereits über praktische Berufserfahrungen im Bereich der klinischen Sozialarbeit im stationären Rahmen (Psychiatrie) verfügen, ist ihnen die Thematik der Verhaltenssucht bekannt. Zudem besteht ein Anreiz darin, ein gesellschaftlich sehr positiv besetztes Thema, wie der Sport es ist, kritisch zu hinterfragen und diese Thematik auch bei Fachexpertinnen und Fachexperten aus dem Bereich Sport sowie der Sozialen Arbeit anzusprechen.

1.2 Fragestellung

Aufbauend auf der Ausgangslage wird für diese Bachelorarbeit folgendes Leitthema festgelegt.

Sportsucht als neues Phänomen der Verhaltenssucht und ihre Konsequenzen/ und Bedeutung für die Soziale Arbeit.

Daraus leitet sich die nachstehende Hauptfragestellung ab:

Welche Rolle spielt das Phänomen der Sportsucht in der Sozialen Arbeit und welche Handlungsempfehlungen können demzufolge für die Soziale Arbeit abgeleitet werden?

Die Hauptfrage definiert gleichzeitig das Ziel dieser Forschungsarbeit. Mit der Forschung soll geklärt werden, welche Bedeutsamkeit das Thema Sportsucht zurzeit für die Soziale Arbeit hat und welche Handlungsempfehlungen demnach abgeleitet werden können. Die definierten Unterfragen, die der Beantwortung der eigentlichen Hauptfrage dienen, werden im Kapitel 5.2 näher ausgeführt.

Die Hauptfragestellung wiederum führt zu den Thesen sowie zum Ziel der Bachelorarbeit, welche in den folgenden Kapiteln genauer beschrieben werden.

1.3 Thesen

Die oben beschriebene Ausgangslage sowie die zentrale Fragestellung führen zu nachfolgenden Thesen:

- Das Suchtpotential des Sports ist bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit weitgehend unbekannt.
- Die präventiven und somit positiven Aspekte des Sports überwiegen deutlich die vorhandenen Gefahren des Sports, u. a. das Suchtpotential.
- Die wirtschaftlichen Aspekte des Sports sind zu attraktiv, um die gesundheitlichen sowie sozialen Gefahren zu erkennen.
- Aufgrund des hohen Stellenwertes und Ansehens des Sports in der Schweizer Bevölkerung, ist das Bewusstsein für das Suchtpotential in Institutionen der Sozialen Arbeit, welche sich mit dem Thema Verhaltenssucht beschäftigen, nicht bzw. zu wenig vorhanden.
- Sport, der bis zum Exzessiven betrieben wird, kann in der Praxis der Sozialen Arbeit auch als alternative Freizeitbeschäftigung und somit als Interventionsmittel verwendet werden.

1.4 Ziel

Ziel der Bachelorarbeit ist es zu erforschen, welche Relevanz das Phänomen der Sportsucht in verschiedenen, ausgewählten sozialen Institutionen im deutschsprachigen Raum der Schweiz hat. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse sollen Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit im Umgang mit dem Thema Sportsucht entwickelt werden.

Indirekt soll mit dieser Bachelorarbeit eine Sensibilisierung auf die Sportsuchthematik bei spezifischen Institutionen der Sozialen Arbeit sowie bei weiteren Fachpersonen, die sich explizit mit dem Thema Sport auseinandersetzen, stattfinden. Namentlich gehören dazu die Berufsfelder der Sportmedizin, der Sportsoziologie und der Sportpsychologie.

Anhand der Zieldefinition richtet sich die vorliegende Bachelorarbeit vorwiegend an Fachpersonen aus dem Berufsfeld der Sozialen Arbeit. Zudem sollen Professionelle der Sozialpädagogik sowie der Soziokulturellen Animation, die Sport ebenfalls sehr oft in ihrer praktischen Tätigkeit einsetzen, angesprochen werden. Weitere Adressatinnen und Adressaten sind (Fach-)Personen aus den Bereichen Sport und Bewegung, wie bspw. Sportvereine, Sportlehrpersonen, Sportmediziner, Sportpsychologinnen und –psychologen oder Sportsoziologinnen und –soziologen sowie sportinteressierte und betroffene Personen.

1.5 Relevanz für den Beruf Soziale Arbeit

Wie eingangs erwähnt, wird die Soziale Arbeit in verschiedenen Arbeitsbereichen mit der Suchtthematik konfrontiert. In der Drogen- und Suchthilfe kommt es stetig zu Veränderungen des Suchtverhaltens sowie der Konsummuster. Dabei entstehen neue Formen der Sucht. Diese gilt es von den Fachpersonen zu erkennen und in die praktische Arbeit einzubeziehen.

In der Sozialen Arbeit ist es von essentieller Bedeutung, immer wieder neu aufkommende Phänomene sowie aktuelle Entwicklungen in der Gesellschaft zu beobachten und aufzugreifen. Nur so können deren Bedeutung und die Auswirkungen für die Soziale Arbeit festgestellt und anschliessend für die Praxis relevanten Handlungsschritte abgeleitet werden. Damit wird gleichzeitig eine innovative Soziale Arbeit gewährleistet. Dazu gehört auch, dass solche neuen Themen in verschiedensten Ausbildungsgängen aufgegriffen und bearbeitet werden.

1.6 Aufbau der Bachelorarbeit

In der Bachelorarbeit wird nachfolgend im Kapitel 2 zunächst auf das Berufsbild der Sozialen Arbeit eingegangen und anschliessend die Bedeutung sowie das Tätigkeitsfeld der Drogen- und Suchthilfe näher beleuchtet. In Kapitel 3 wird der Suchtbegriff näher erläutert und mögliche Entstehungsansätze einer Abhängigkeit sowie die Aspekte der Aufrechterhaltung einer Sucht erklärt. Dabei werden zudem der Bereich der Verhaltenssucht und die methodischen Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe beschrieben. Daraufhin kann anschliessend im Kapitel 4 auf die Sportsucht genauer eingegangen werden. Um das Phänomen der Sportsucht zu erklären, muss zuerst die Definition sowie der gesellschaftliche Stellenwert des Sports dargestellt werden. Ein Unterkapitel widmet sich dem Einsatz des Sports in der Praxis der Sozialen Arbeit. Darauf aufbauend werden Erklärungsansätze, Motive zur Aufrechterhaltung, Ansätze therapeutischer Interventionen sowie empirische Daten aufgegriffen.

Im Kapitel 5 werden die Grundlagen und Vorarbeiten der qualitativen Forschung erläutert und begründet. Es wird auf die Forschungsmethode, die Forschungsfrage und auf den

dazugehörigen Gesprächsleitfaden eingegangen. Zudem wird über die Auswahl der Interviewpersonen, die Kontaktaufnahme, die Datenerhebung und die Datenauswertung informiert.

Im Kapitel 6 werden die eigentlichen Forschungsergebnisse präsentiert und mit Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner ergänzt. Die empirischen Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews werden im Kapitel 7 im Hinblick auf die theoretischen Grundlagen analysiert und diskutiert.

Im Schlusskapitel wird zusammenfassend nochmals die Bedeutung der Sportsucht für die Soziale Arbeit aufgezeigt und Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit abgeleitet. Zur Abrundung wird die Fragestellung überprüft und das Forschungsdesiderat aufgezeigt. Abschliessend erfolgt ein Ausblick mit weiteren Themen für zukünftige (wissenschaftliche) Arbeiten sowie offenen Fragen.



Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit

2 Tätigkeitsfelder der Sozialen Arbeit

Zur Herleitung des theoretischen Zugangs zum Thema Sportsucht, wird im Kapitel 2 zunächst kurz auf das Berufsbild der Sozialen Arbeit eingegangen, um danach das spezifische Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen zu erläutern. Daraufhin wird die Drogen- und Suchthilfe als explizites Handlungsfeld im Gesundheitswesen beschrieben.

2.1 Das Berufsbild der Professionellen Sozialen Arbeit

Das Berufsbild Sozialen Arbeit Schweiz von Avenir Social (2006) stützt sich auf die Definition des Internationalen Verbandes für Soziale Arbeit (IFSW) sowie auf die Berufsbilder der Schulen für Soziale Arbeit und auf die Fachliteratur. Zusammen mit dem Berufscodex bildet es für die Mitglieder von Avenir Social das Profil ihrer Professionalität ab.

„Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen, und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit.“ (IFSW: <http://www.ifsw.org/p38000409.html>)

Die Definition der Sozialen Arbeit wurde in über 70 Nationen in allen fünf Kontinenten am Juli 2000 öffentlich bekannt gemacht.

Die professionelle Soziale Arbeit des 21. Jahrhunderts wird als dynamisch und sich weiterentwickelnd verstanden. Von daher sollte keine Definition als endgültig angesehen werden.

Die Werte der Sozialen Arbeit basieren auf dem Respekt vor der Gleichheit, der Besonderheit und der Würde aller Menschen. Die Soziale Arbeit bedient sich der Wissenschaften über menschliche Entwicklung, Verhalten und Soziologie, um schwierige Situationen zu analysieren und um individuelle, organisatorische, soziale und kulturelle Veränderungen zu erleichtern. Die Intervention der Sozialen Arbeit reicht von rein personenbezogenen, psychosozialen Prozessen, bis zur Beteiligung an sozialer Gesetzgebung, Planung und Entwicklung. Als Beratungsfelder können dabei die klinische Sozialarbeit, Gruppenarbeit, sozialpädagogische Arbeit, Familienberatung und –therapie erwähnt werden. (Beat Schmocker, 2007, S. 9)

2.1.1 Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

In den Ausführungen von Martin Hafen (2009) ist ersichtlich, dass während der Industrialisierung (19. Jh.) das Thema „Gesundheit“ ein zentraler Gegenstand staatlicher Fürsorge wurde und in das Interesse von Wissenschaftler (v. a. Mediziner) gerückt ist. Die Gesundheit galt als „absoluter Wert“ und die Hygiene wurde zu einem der zentralsten Themen. Neben der klassischen Fürsorge erhielt die Soziale Arbeit in dieser Zeit den Auftrag, die Sicherung der öffentlichen Gesundheit zu fördern. (S. 10-16)

Ernst von Kardorff (2008) führt aus, dass zur heutigen Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen u. a. die Unterstützung und Beratung von Kindern, Jugendlichen sowie Familien auch die Arbeit mit abhängigen Personen und psychisch beeinträchtigten Menschen gehört. Die aktuellen Tätigkeitsfelder im Gesundheitswesen sind die Sozialarbeit in der Psychiatrie, die Arbeit mit Selbsthilfe- sowie Angehörigengruppen, die betriebliche Sozialarbeit, die Sozialarbeit in der Familienhilfe, die Sozialarbeit im medizinischen Akut-, Behinderten-, sowie Suchtbereich, die Sozialarbeit mit chronisch kranken Menschen und die Gesundheitsförderung im Alter. (S. 351-365)

Die Arbeit im Gesundheitswesen verlangt von der Sozialen Arbeit eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Krankheits- resp. Gesundheitsbegriff. Dabei ist Krankheit nicht einfach als Abwesenheit von Gesundheit zu verstehen, sondern als ein beobachtbares Konstrukt, das vorwiegend anhand von Symptomen beschrieben werden kann (Martin Hafen, 2009, S.2-8). Des Weiteren erwähnt Hafen, dass demnach weder Gesundheit noch Krankheit empirisch erfassbar sind und sie keine absoluten Zustände darstellen. Vielmehr ist es eine „sich laufend verändernde Positionierung eines Menschen auf dem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit“. Die Platzierung auf dem Gesundheits- resp. Krankheitskontinuum hängt vom Vorhandensein oder dem Fehlen einer psychischen oder physischen Krankheit ab. Sogenannte Risiko- und Schutzfaktoren können die Entstehung körperlicher sowie psychischer Krankheiten beeinflussen. (ib.) Nähere Ausführungen dazu folgen im Kapitel 3.2.1.

Die Position der Sozialarbeit hat sich durch die Entwicklung neuer Konzepte und Methoden, v. a. im Bereich der Sozialpsychiatrie und der Drogen- und Suchthilfe verstärkt (Von Kardorff, 2008, S. 352-358).

2.1.2 Die Soziale Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe

„Sucht ist also ein komplexes Phänomen und berührt alle Lebensbereiche des Abhängigen (sic!) und in unterschiedlichem Umfang auch die seiner Bezugspersonen.“ Mit diesem Satz führt Günter Rosenhagen (2000, S. 77) in die Thematik der Komplexität der Suchthilfe ein.

Peter Loviscach (2008) sagt, dass sich das Hilfsangebot grundsätzlich danach unterscheidet, ob eine Person an Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit leidet oder ob sie illegale Substanzen konsumiert (S. 384-394).

Prinzipiell gehört auch die Arbeit mit Menschen dazu, die von nicht stoffgebundenen Süchten betroffen sind, bspw. Kaufsucht oder Spielsucht. Die Notwendigkeit, eine professionelle Drogen- sowie Suchthilfe zu entwickeln, ist erst zu dem Zeitpunkt entstanden, als der Substanzmissbrauch als soziales Problem definiert wurde.

Nach Karl-Heinz Hillmann (2007, S. 816) wird unter einem sozialen Problem ein gesellschaftlicher Zustand verstanden, der von einer Mehrheit der Bevölkerung als unangenehm und unerwünscht empfunden wird. Um diesem Zustand entgegenzuwirken, werden gemeinsame, ausgleichende Massnahmen ergriffen und durchgesetzt. Soziale Probleme hängen oft mit sozialer Ungleichheit, mit sozialem Wandel, veränderten Norm- und Wertvorstellungen und mit wachsenden Anspruchshaltungen zusammen. Themen wie Sucht und Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, Diskriminierung psychischer Erkrankungen, Armut oder Kriminalität sind u. a. prädestiniert, um als soziale Probleme definiert zu werden. Es handelt sich dabei nicht um eine abschliessende Aufzählung. Alfred Bellebaum (2002) ergänzt, dass soziale Probleme durch die Gesellschaft verursacht oder zumindest mit verursacht werden. Je nach sozialer Schicht oder Situation einer betroffenen Person, werden gewisse Zustände nicht in gleicher Weise bewertet und beurteilt. Bellebaum (ib.) erwähnt, dass Menschen ihre aktuelle Lebenssituation durchaus als schwierig und belastend empfinden können, obwohl keinerlei kollektive Interventionen der Gesellschaft ergriffen werden oder bereits ergriffen wurden. Die Parallelitäten bei den genannten prädestinierten Themen liegen darin, dass die betroffenen Personen oft Exklusion und Stigmatisierung erleben sowie mit Etikettierung und Vorurteilen zu kämpfen haben. Wichtig ist dabei zu betonen, dass kein einheitlicher Grundsatz darüber besteht, ab wann von einem sozialen Problem gesprochen wird. Einige Zustände können im Laufe einer gewissen Zeitspanne entschärft werden. Andere Zustände können mit der Zeit zu einem grösseren Problem anwachsen. Die Frage ist dann: „Von was hängt es ab, dass eine Problemdefinition Erfolg und ggf. sozial-politische Massnahmen zur Folge hat“ (S. 863)? Die Ursachen sozialer Probleme sind vielseitig. Wie im Vorfeld erwähnt, spielt sicherlich das Gesellschaftsbild einer Bevölkerung eine zentrale Rolle. Eine Lebensführung, die von gewohnten Normen und Werten einer Gesellschaft abweicht, ist ebenso ein Grund, soziale Probleme hervorzurufen. Die negative Bewertung eines Zustandes kann als weitere Ursache hinzukommen. (S. 863-864)

Der Drogenmissbrauch der Neuzeit wird als problematisch angesehen, da der Konsum jeglicher Substanzen dem neuen gesellschaftlichen Leitbild der Vernunft und der Selbstkontrolle widerspricht (Loviscach, 2008, S. 385). Mögliche Folgen, die beim Konsum

illegaler Substanzen aber auch bei stoffungebundenen Süchten entstehen, sind laut Rosenhagen (2000) die Exklusion aus verschiedenen sozialen Systemen wie z.B. drohende Arbeitslosigkeit, Verlust sozialer Kontakte, Verschuldung, Scheidung oder auch die Entwicklung eines delinquenten Verhaltens. Aufgrund dieser vielfältigen psycho-sozialen Folgeproblemen, kommt hier die Soziale Arbeit mit ihren Kompetenzen (vgl. Kapitel 2.1.1) zum Zuge. (S. 76-77)

Ein weiteres Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit, das nebst den ambulanten sowie stationären Einrichtungen bei Jörg Häfeli (2010) erwähnt wird, ist die Prävention. Sie hat zum Ziel, ein denkbare Fehlverhalten zu vermeiden und transparent über die Auswirkungen dieses unerwünschten Verhaltens zu informieren Dies geschieht vorwiegend über Beratung oder über das Aufsuchen gewisser Zielgruppen (Schulklassen etc.). Die Soziale Arbeit ist zudem im Bereich der Früherkennung tätig. Dort wird versucht, mögliche Anzeichen eines sich entwickelnden Problems rechtzeitig zu erkennen und entsprechende Interventionen einzuleiten. In jeglichen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit können solch potentiell auftretenden Schwierigkeiten auftauchen, z.B. auf Sozialämtern, in der betrieblichen Sozialarbeit oder im Bereich des Kinderschutzes sowie auf Vormundschafts- oder Amtsvormundschaftsbehörden, um hier nur einige zu nennen. Wenn im Vorfeld weder Prävention noch Früherkennung ihr Ziel erreicht haben, beschäftigt sich die Soziale Arbeit mit der Lösung einer entstandenen Schwierigkeit, der Behandlung. Dies kann im vorhin erwähnten ambulanten (Suchtberatungsstelle, Gassenarbeit) sowie stationären Rahmen (Psychiatrie, somatische Klinik) erfolgen. (S. 2-3)

2.1.3 Suchtpolitik in der Schweiz

François van der Linde (2006) beschreibt, dass die offene Drogenszene und die Aids-Epidemie der 80er und 90er Jahre die Schweiz dazu geführt haben, neue Wege in der Drogenpolitik zu gehen. Die Einführung des sogenannten Vier-Säulen-Modells ist eine der innovativen Ansätze, die als Reaktion auf die Entwicklung des Suchtmittelkonsums lanciert wurde. Dies hat auch gezeigt, dass wichtige Reformen und Veränderungen von ideologischen Denkmustern und Verhaltensweisen dann umgesetzt werden können, wenn der Leidensdruck zu gross wird oder zumindest eine starke Betroffenheit vorhanden ist.

Das Vier-Säulen-Modell basiert auf vier Standbeinen:

- *Prävention*: Sie umfasst jegliche Massnahmen, die Gesundheit zu schützen und zu fördern. Weiter ist die Früherkennung Bestandteil davon (vgl. Kapitel 2.1.2)
- *Therapie*: Sie enthält nicht nur die klassische Behandlung der Abstinenzorientierung, sondern auch jegliche Therapiemethoden, die eine soziale (Re-)Integration beabsichtigen.

- *Schadensminderung*: Hierbei sollen die Auswirkungen des Suchtmittelkonsums beim Individuum sowie in der Gesellschaft eingeschränkt werden. Die Verringerung der Folgeprobleme ist auf der politischen Ebene anzugehen und umzusetzen. Dadurch werden alle Gebiete der Politik in die Verantwortung gezogen.
- *Repression*: Dies sollte nicht mehr ausschliesslich Sache der Justiz sowie der Polizei sein. Vielmehr soll mittelfristig ein „regulierter Markt“ angestrebt werden, in welchem sämtliche Akteure die Verantwortung übernehmen sollen. Die Repression soll alle Mittel des kontrollierten Marktes (Freigabe, Marktverbot etc.) umfassen, natürlich unter Berücksichtigung des Jugendschutzes.

Van der Linde (2006) führt weiter aus, dass neue Erkenntnisse und Ergebnisse über die Substanzen, die die Gehirntätigkeit beeinflussen, gezeigt haben, dass eine reine Abstinenzorientierung, in Anbetracht einer lösungs- und ressourcenorientierten Drogen- und Suchtpolitik, nicht ausreicht. Es gibt neue Erkenntnisse betreffend der Motive und Hintergründe des Konsums sowie über die Gründe des „Abgleitens“ von einem gelegentlichen Konsum in eine schwere Abhängigkeit (vgl. Kapitel 3.2.2). Die komplexen Zusammenhänge sind nach wie vor noch nicht vollständig nachvollziehbar. Der aktuelle Wissensstand der Forschung rechtfertigt jedoch die Folgerung, dass die Trennung zwischen legalen sowie illegalen Substanzen weder aus psychologischer noch aus neuro-biologischer Sicht gerechtfertigt ist. Zwischen den verschiedenen Substanzen bestehen sicherlich Differenzen was das Abhängigkeitsrisiko sowie die Dynamik angeht. Die Gefahr des „Abrutschens“ von einem leichten Konsum in eine schwere Abhängigkeit ist jedoch bei allen Substanzen in gleicher Weise vorhanden. (S. 17-24)

Der Autor van der Linde (2009) verweist darauf, dass diese Mechanismen zunehmend auch bei stoffungebundenen Verhaltensweisen, wie z. B. der Spielsucht, feststellbar sind. Das Vier-Säulen-Modell, resp. die Drogen- und Suchtpolitik in der Schweiz bezieht sich jedoch vorwiegend auf die stoffgebundenen Süchte. Aufgrund der ähnlichen Mechanismen der Dynamik und Abhängigkeitsentwicklung der verschiedenen Suchtmittel, wird deshalb in Fachkreisen von „psychoaktiven oder psychotropen Substanzen“ gesprochen. Dieser Begriff zieht also legale (Alkohol, Medikamente) sowie illegale Substanzen (Heroin, Kokain etc.) mit ein, die sich bewusstseinsverändernd auf den Menschen auswirken. (S. 12-15)

Weiter führt van der Linde (2006) aus, dass seit Anfang 2000 eine Stagnation der schweizerischen Drogenpolitik zu verzeichnen ist. Es sind aber keinerlei Anzeichen erkennbar, dass der Konsum psychotroper Substanzen und das Verlangen nach Bewusstseinsveränderungen in nächster Zukunft in der Gesellschaft nachlassen werden. Die Eidgenössische Kommission für Drogenfragen EKDF hat aufgrund dessen 2005 einen Bericht mit Vorschlägen für eine mittel- bis längerfristige Suchtmittelpolitik verfasst (drittes Massnahmenpaket des Bundes zur Verminderung der Drogenprobleme MaPaDro III). Diese Umsetzung sollte bis 2015 erfolgen. Das Hauptanliegen der Empfehlungen ist ein Leitbild der Suchtpolitik, das als Ausgangslage für eine zukünftige Gesetzgebung dienen soll. Aufgrund der gesellschaftlichen Meinungs- und Lebensvielfalt in der Schweiz (Pluralismus), ist eine einheitliche Politik jedoch gar nicht möglich. Es geht vielmehr darum, eine gute Umgangsform mit den verschiedenen psychotropen (bewusstseinsverändernden) Substanzen zu finden. Die Umgangsformen müssen darauf ausgerichtet sein, die Gründe für die diversen Konsumformen nachvollziehen zu können und die Auswirkungen des Konsums für das Individuum und die Gesellschaft einzudämmen. Als Grundlage dazu soll ein neues Modell, das „Würfel-Modell“ (vgl. Abbildung 1), dienen. Es basiert auf dem im Vorfeld beschriebenen Vier-Säulen-Modell, zieht jedoch das Konsummuster (risikoarmer Konsum, problematischer Konsum, Abhängigkeit) einer Person sowie die legalen Substanzen (Alkohol, psychoaktive Medikamente und Tabak) mit ein. Wichtig ist zu erwähnen, dass das neue Modell die substanzungebundenen Süchte, wie z. B. die Spiel- oder Kaufsucht, nach wie vor ausschliesst. (S. 17-21)

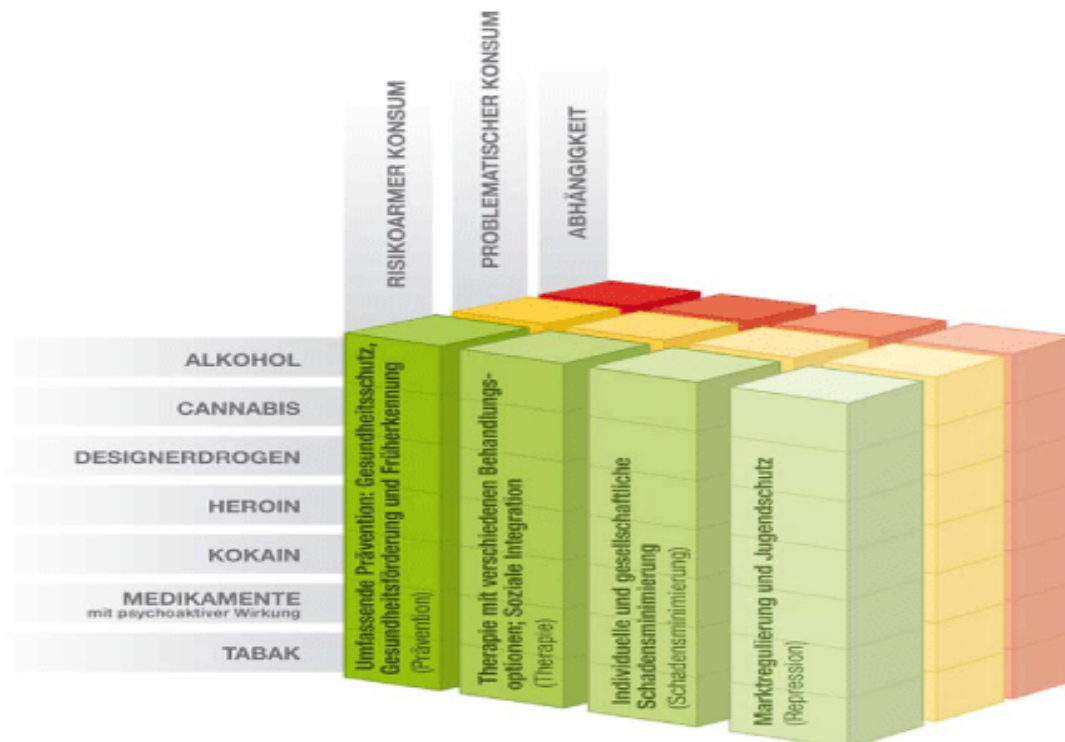


Abbildung 1: Würfel-Modell / Van der Linde (2009, S. 14)



**Sucht und Verhaltenssucht sowie
methodische Grundlange in der Suchthilfe**

3 Sucht und Verhaltenssucht sowie methodische Grundlagen in der Suchthilfe

Im Kapitel 3 werden die Begriffe der Sucht sowie der Verhaltenssucht näher untersucht. In einem weiteren Schritt geht es darum, verschiedene Erklärungsansätze zu beschreiben, wie es zu einem Suchtverhalten kommen kann und aus welchen Gründen eine Person den Konsum, resp. das spezifische Verhalten beibehält und welche Auswirkungen dies zur Folge hat. Aufgrund der Parallelen zwischen den Erklärungsansätzen zur Entstehung und den Folgen einer Sucht sowie einer Verhaltenssucht, wird das Kapitel der Verhaltenssucht kurz gehalten. Am Schluss werden methodische Grundlagen der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Drogen- und Suchthilfe beschrieben.

3.1 Definition Sucht

Im Vorfeld ist zu erwähnen, dass die Autorinnen in der vorliegenden Bachelorarbeit den Begriff „Sucht“ sowie den Begriff der „Abhängigkeit“ benützen. Beide Ausdrücke finden jeweils in der Fachliteratur Verwendung und es wird auf keinerlei Unterschiede der Wortbedeutung hingewiesen. 1964 hat die Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization) offiziell den Ausdruck „Drogenabhängigkeit“ eingeführt, um der Begriffsverwirrung entgegenzuwirken (Wolfgang Heckmann, 2005, S. 936). Dies bezieht sich jedoch nur auf die stoffgebundenen Abhängigkeiten, bei denen die betroffenen Personen eine Substanz wie Alkohol, Heroin oder Kokain konsumieren. Die Anwendung des Begriffs Sucht hat sich dadurch nicht aus der Alltagssprache verdrängen lassen. Auch Fachpersonen mit diversen beruflichen Qualifikationen (Soziologie, Sportpsychologie sowie auch Sozialarbeit) verwenden den Begriff Sucht im professionellen Alltag. Im ICD-10, dem internationalen Klassifikationssystem der Krankheiten sowie verwandter Gesundheitsprobleme (International Statistical Classification of Diseases and Related Health), wird ebenfalls der Ausdruck „Abhängigkeit“ verwendet. (ICD-10:<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>).

3.1.1 Begriffserklärung

Etymologisch leitet sich der Ausdruck Sucht vom germanischen Wort „siech“ ab und bedeutet „krank“ oder „Krankheit“ (Heckmann, 2005, S. 935-936). Aufgrund der Verwendung des ICD-10 in der Schweiz und wegen seiner klaren und prägnanten Darstellungen, die auch in der Praxis der Sozialen Arbeit sehr gut nachvollziehbar sowie anwendbar sind, beziehen sich ein Teil der Erläuterungen, auf dieses internationale Klassifizierungssystem. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich das ICD-10 bei ihrer Definition vorwiegend auf die

stoffgebundenen Süchte bezieht. Dabei betonen Heckmann (2005, S. 936) sowie Bernd-Michael Becker und Horst Bömer (2002, S. 955), dass jegliche menschlichen Interessen und Vorlieben in ein Suchtverhalten ausarten können (bspw. Fernsehen schauen, Computergames spielen, Essen, Sexualität sowie sportliche Aktivitäten).

Die Definition von Sucht ist alles andere als einheitlich. Grundsätzlich bezeichnet Sucht ein zwanghaftes Verlangen, durch gezielte Reize oder Wirkungen Lustgefühle oder -zustände herbeizuführen sowie Entspannung und Stimmungsaufhellung zu erleben. Ein weiterer wichtiger Motivationspunkt ist die Vermeidung unguter Gefühle und Emotionen. Bei den stoffgebundenen Süchten wird dem menschlichen Körper eine psychotrope Substanz zugeführt, um die eben erwähnten Zustände zu erreichen. Die stoffungebundenen Süchte beziehen sich auf alle anderen exzessive Verhaltensweisen und Interessen von Menschen, die dieselbe Wirkung erzielen (vgl. Kapitel 3.4). Die süchtige Person verspürt einen enormen Drang, der mit einem Verlust der Selbstkontrolle gleichzusetzen ist. Ziel und Zweck ist für viele abhängige Personen eine Flucht aus dem Alltag. Ein schwerer Konsum liegt dann vor, wenn physische sowie psychische Schädigungen drohen oder bereits der Fall sind (bspw. Intoxikation, Schädigung der inneren Organe, depressive Symptome) und der Konsum trotzdem fortgesetzt wird. (Heckmann, 2005, S. 935-938)

Bei Dieter Ladewig (1996) wird zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterschieden. Zwischen den beiden Formen der Abhängigkeit kann sich eine Wechselwirkung entwickeln. Die psychische Abhängigkeit zeigt sich durch ein starkes Verlangen, Wunsch oder in einer Art Zwang, die Substanz zu konsumieren. Die psychische Abhängigkeit benötigt oftmals viel mehr Zeit bei der Entwöhnung. Bei der physischen Abhängigkeit können sich beim Absetzen des Drogengebrauchs Entzugssymptome bilden. Um diesen Entzugssymptomen entgegenzuwirken kommt es zu einem erneuten Konsum. (S. 30-32)

Folgende Anzeichen weisen, laut ICD-10, auf eine mögliche Suchtproblematik hin:

- Verlust der Kontrollfähigkeit über Anfang, Beendigung und Menge des Konsums;
- Toleranzentwicklung und somit Steigerung der Dosis, Veränderung des Verhaltensmusters;
- Vernachlässigung anderer Interessen und Aktivitäten zugunsten des Konsums;
- trotz Kenntnissen über soziale, körperliche sowie psychische Folgen, werden die Substanzen weiter konsumiert;
- die Wirkungen und Folgen sind je nach Menge der Substanz oft unberechenbar;
- unterschiedlicher Verlauf bei den Entzugerscheinungen, je nach Menge und Dauer des Konsums (z.B. Krampfanfälle, Angst, Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen);

- bei bestimmten Substanzen können psychotische Zustände (bspw. optische sowie akustische Halluzinationen) hervorgerufen werden.

(ICD-10:<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>)

3.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeit

Becker und Bömer (2002) weisen in ihrer Beschreibung über die Sucht und Suchtgefährdung auf einen ganz zentralen Punkt hin: „Sucht entsteht nicht aufgrund einer einzigen Bedingung, sondern hat immer verschiedenen Ursachen und Begleitumstände (multifaktorielle Genese), die je nach wissenschaftlicher Ausrichtung (. . .) unterschiedlich benannt und gewichtet werden“. Heutzutage wird vorwiegend von „bio-psycho-sozialen“ Faktoren, die zum Suchtverhalten führen, gesprochen (S. 955). Im Kapitel 2.1.2 wird darauf hingewiesen, dass die Soziale Arbeit in vielseitiger Weise mit den (sozialen) Folgeproblemen konfrontiert wird und mit ihren spezifischen Kenntnissen auf die verschiedenen Problematiken auch eingehen kann.

3.2.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Die bereits erwähnten Risiko- und Schutzfaktoren bilden laut Häfeli (2005/2006) keine einheitliche Ursache für die Entwicklung einer Abhängigkeit. Die Risikofaktoren begünstigen vielmehr die Wahrscheinlichkeit der Entstehung eines Suchtverhaltens. Die Risikofaktoren sind sehr unterschiedlich und eine Kumulation dieser Faktoren begünstigt die Entstehung der Abhängigkeit. Den Risikofaktoren gegenüber stehen die Schutzfaktoren. Häfeli (ib.) nennt für Risikofaktoren folgende Beispiele:

- sozialer Abstieg (Arbeitslosigkeit, Verschuldung etc.)
- „Entwurzelung“ (bspw. Obdachlosigkeit)
- Risikoberufe (bspw. Schichtarbeit, Management, BerufsfahrerInnen)
- Peer-Groups (Gruppe Gleichaltriger oder Gleichgesinnter, die die Haltung zu psychotropen Substanzen stark beeinflussen können)
- genetische Veranlagungen
- traumatische Erfahrungen wie z.B. Missbrauch
- psychische Erkrankungen (Depression, posttraumatische Belastungsstörung, chronische Schmerzzustände)
- abwertende Gefühle wie Scham und Versagen
- spezifische Lebensphasen wie z.B. die Pubertät oder der Zeitpunkt vor der Pensionierung

Zu den Schutzfaktoren, welche in Umweltfaktoren und subjektive Faktoren unterteilt werden, gehören laut Häfeli (2005/2006):

Umweltfaktoren:

- soziale Kontrolle durch staatliche Regelungen und Interventionen
- Zugang zu Bildung und spezifischen Informationen
- stabile Wohnsituation und eine gute Wohnqualität
- soziale Vernetzung
- sozialer Rückhalt, Zugehörigkeitsgefühl

Subjektive Faktoren:

- Bewusstsein um die eigene Gesundheit (entsprechende Kenntnisse und Bildung)
- Glaube an die Selbstwirksamkeit
- Sinnhaftigkeit
- aktives Angehen von Problemen und Konflikten
- (gelernte) Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien oder social skills), adäquate Stressbewältigung
- eigenständige Meinungsbildung und Widerstand gegen Versuchungen
- gelernter Umgang mit Suchtmitteln
- emotionale Stabilität
- religiöse Bindung
- Risikobewusstsein

(S. 2-8)

Sabine M. Grüsser und Carolin N. Thalemann (2006) fügen hier an, dass die Einstiegsfaktoren, die zum erstmaligen Konsum führen, nicht mehr zwangsläufig mit denen Faktoren der fortdauernder Abhängigkeit übereinstimmen müssen (S. 30-34).

Zu den Risikofaktoren gehört zudem die Komorbidität. Diese wird auch Dualproblematik genannt und beschreibt den Zustand, wenn eine psychische Krankheit zugleich mit einem Suchtverhalten auftritt. Die Behandlung der psychischen Krankheit sowie die Behandlung des Suchtverhaltens werden dadurch gegenseitig beeinträchtigt. Zur Behebung der negativen Symptome der psychischen Krankheit werden psychoaktive Substanzen jeweils auch als „Selbstmedikation“ eingesetzt. (Hendri Seglias, 1999, S. 25-27)

3.2.2 Stufenmodell über den Suchtverlauf

Helmut Kolitzus (2009) zählt bei der sogenannten „Suchtkarriere“ vier Stufen auf, welche sich über eine gewisse Zeitspanne entwickeln:

Stufe 1 Konsum: Zu Beginn verbessert sich die allgemeine Befindlichkeit und der erste Konsum dient normalerweise einem bestimmten Zweck, z.B. um ein negatives Gefühle zu überspielen. In den meisten Fällen ist der erste Konsum weder schädlich noch gefährlich.

Stufe 2 Missbrauch: Bestimmte Situationen können nicht mehr ohne Konsum bewältigt werden. Die psychotrope Substanz wird nicht mehr zweckentsprechend benutzt, sondern dazu, jegliche negativen Gefühlszustand zu beseitigen, egal was der Auslöser dieses Zustands war.

Stufe 3 Gewöhnung: Eine komplette Abhängigkeit stellt sich ein.

Stufe 4 Sucht: Abbau und Zusammenbruch im psychischen, körperlichen und sozialen Bereich. (S. 26)

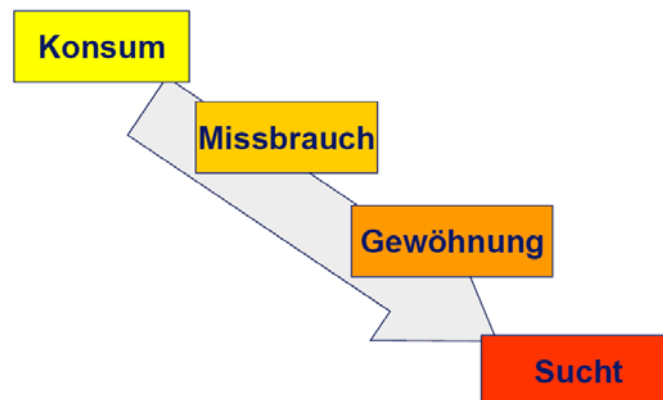


Abbildung 2: Vier Stufen der Suchtentwicklung / Jörg Häfeli (2009)

3.2.3 Multifaktorielles Modell

Der Schwerpunkt bei den Erklärungsansätzen zur Entstehung der Abhängigkeit wird von den Autorinnen auf das multifaktorielle Modell gelegt. Wie im Kapitel 2.1.2 und zu Beginn vom Kapitel 3.2 erwähnt, wird die Soziale Arbeit in ganz verschiedenen Bereichen (unter anderem im Gesundheitswesen) mit dem Thema Sucht konfrontiert. Die Hauptaufgabe liegt in der Verminderung oder Behebung der schädlichen (sozialen) Folgen der Sucht. Dazu benötigt die Soziale Arbeit die nötigen Kenntnisse über verschiedene methodische Ansätze sowie fachliche Theorien. Das multifaktorielle Modell vereint verschiedene Suchtheorien und Zugänge, die bei der Entstehung der Abhängigkeit eine zentrale Rolle spielen können. (Häfeli, 2005). Sie werden in der folgenden Tabelle aufgezeigt:

Theorie / Zugang	Ausführungen
Persönlichkeitstheorie	<ul style="list-style-type: none"> • geringe Frustrationstoleranz • mangelndes Selbstvertrauen und Selbsteinschätzung • unsichere Lebensverhältnisse • emotionale Belastungen • Depressivität • hohe Risikobereitschaft, sogenanntes sensation seeking • geringe Konfliktfähigkeit • Hyperaktivität
Lerntheorie	<ul style="list-style-type: none"> • Sucht als erlerntes Verhalten um negative Gefühle oder innere Spannungszustände abzubauen oder • Erwartung einer bestimmten positiven Wirkung wie z.B. das Wegfallen negativer Gefühle oder das Auftreten sehr angenehmer Empfindungen.
Systemtheorie	<ul style="list-style-type: none"> • Sucht als ein aus der Balance geratenes System (vgl. Kap. 3.6) • Sucht als Selbstmedikation eines angeschlagenen Systems • soziales Umfeld • ungünstige Familienbedingungen • schlechte Bedingungen bei der Arbeit oder in der Schule • Beziehungsprobleme, Mangel an tragenden Beziehungen • Stressauslösende Situationen in anderen Systemen
Neurobiologische Theorie	<ul style="list-style-type: none"> • strukturelle sowie funktionale Veränderungen des zentralnervösen Systems • Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) • psychische und physische Entzugssymptome • Craving (starkes Verlangen nach der psychoaktiven Substanz) • Rückfallrisiko
Soziologische Theorien	<ul style="list-style-type: none"> • Fokus vorwiegend auf soziale Einflussfaktoren • Erhältlichkeit und Verfügbarkeit des Suchtmittels • Dosis der bewusstseinsverändernden Substanz • Zeitdauer des Konsums • Konsum- und Leistungsorientierung • Tendenz zur Stigmatisierung • negative Zukunftsperspektiven • gesellschaftliche Bewertungen und Normen • Konsummuster einer Gesellschaft

Tabelle 1: Suchttheorien (eigene Darstellung)

Das multifaktorielle Modell zieht ebenfalls die im Vorfeld erwähnten vier Stufen der Suchtentwicklung mit ein (Abbildung 2, S. 31).

3.3 Soziale Folgeprobleme der Abhängigkeit

Rolf Bergmann (2002) erwähnt in seinen Ausführungen, dass Personen mit einem schädlichen oder bereits abhängigen Konsumverhalten in der Regel von einer Reihe sozialer Folgeprobleme betroffen sind. Dazu gehören Probleme in der Familie, wie das Auftreten von Gewalt und Aggression, Eheprobleme oder auch die Vernachlässigung der Kinder.

Die Sucht rückt ins Zentrum des Lebens; alle anderen Lebensbereiche werden nach dem Suchtverhalten ausgerichtet. Das heisst, andere Interessen, die zu einem früheren Zeitpunkt noch relevant waren, rücken stark in den Hintergrund und daraus resultiert oft die soziale Isolation. Die eigene Leistung lässt nach, was wiederum die Arbeitsleistung beeinträchtigt. Dies kann bis zum Verlust der Arbeitsstelle führen. Daraus können finanzielle Schwierigkeiten entstehen (bspw. grosse Verschuldung, Armut und Obdachlosigkeit). Bedingt durch die finanziellen Probleme kann auch eine Beschaffungskriminalität auftreten, was auch mit Bussen oder sogar Haftstrafen geahndet werden kann. Je nachdem, welche psychotropen Substanzen konsumiert werden, ist die soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung eine weitere Folge der Abhängigkeit. Psychische (Depression, Suizidversuche, Angstzustände etc.) sowie physische (bspw. Schädigung der inneren Organe) Folgeerscheinungen sind weitere Auswirkungen des süchtigen Verhaltens. (S.506-509)

3.4 Verhaltenssucht

Grüsser und Thalemann (2006) definieren und klassifizieren in ihren Schilderungen die Verhaltenssucht. Die nachstehenden Darstellungen beziehen sich vorwiegend auf ihre Ausführungen. (S. 20-24)

Bei den sogenannten Verhaltenssüchten stellt sich die psychoaktive Reaktion durch die körpereigenen, biochemischen Veränderungen ein. Ausgelöst werden diese bspw. durch ein exzessives Verhalten beim Kaufen, beim Internetkonsum oder eben beim Sport. Die exzessive Verhaltensweise geht über normale Handlungen hinaus.

Die Verhaltenssucht ist bis anhin noch kein eigenes, anerkanntes Störungsbild in den Klassifikationssystemen, daher ist eine genaue Diagnose auch sehr schwierig. Nur die pathologische (Glücks-)Spielsucht ist im ICD-10 unter „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle“ eingeteilt. Andere Verhaltenssüchte können nur an Anlehnung an die pathologische (Glücks-) Spielsucht beschrieben und verglichen werden. Neben dem pathologischen (Glücks-)Spiel

wird die Kleptomanie (Stehlen), die Pyromanie (Brandstiftung) und die Trichotillomanie (Haare ausreissen) im ICD-10 aufgeführt. (ICD-10 Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle:<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f60-f69.htm>).

Um im ICD-10 aufgenommen zu werden, sind ganz klare diagnostische Kriterien erforderlich, da nicht jedes exzessive Verhalten eines Menschen automatisch ein Suchtverhalten ist. Es muss darauf geachtet werden, dass auch andere von der Norm abweichende exzessive Verhaltensweisen, die auch als Symptome anderer psychiatrischer Krankheiten auftreten können, nicht unter dem Begriff der Verhaltenssucht als eigenständige Krankheit eingeteilt werden. Beim Ausüben des Verhaltens muss bei den Betroffenen ein deutlicher Leidensdruck entstehen. Für jede weitere Verhaltenssucht müsste eine individuelle Aufnahme in das ICD-10 generiert werden.

Es gibt klare Parallelen zwischen den diagnostischen Kriterien für das pathologische (Glücks-)Spiel und zwischen einer Substanzabhängigkeit. Explizit genannt werden

- das starke, schon fast zwanghafte Verlangen und
- die begrenzte Kontrolle über Beginn, Beendigung und Ausmass des Suchtverhaltens (trotz bereits vorhandener negativer Auswirkungen).

Die Wichtigkeit des Ausübens des Verhaltens rückt ins Zentrum der Lebensgestaltung. Die Betroffenen sind nicht in der Lage, dem Impuls und dem Drang zu widerstehen, diese exzessiven Handlungen auszuführen, obwohl das Verhalten für die Person selbst ihr oder ihr Umfeld schädliche Folgen hat. Bevor die eigentliche Handlung durchgeführt wird, stellt sich ein Gefühl der Spannung und Erregung ein. Zusätzlich lassen auch erste molekulargenetische Resultate, wie sie z.B. bei pathologischen (Glücks-)Spielerinnen und (Glücks-)Spieler gefunden wurden, auf Übereinstimmungen der Verhaltenssucht und der Substanzabhängigkeit schliessen. Zu den verschiedenen Arten der Verhaltenssuchte gibt es aber noch zu wenig neurobiologische Untersuchungen. Schlussfolgernde Erkenntnisse stehen diesbezüglich noch aus.

Diese impulsiven und exzessiven Handlungen können auch als zwanghaft umschrieben werden. Sie sind jedoch von eigentlichen Zwangshandlungen, die ebenfalls im ICD-10 erfasst sind zu unterscheiden (ICD-10 Zwangsstörung: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm>). Die Abweichungen zur Zwangsstörung liegen darin, dass die Zwangshandlungen von Anfang an nicht als angenehm empfunden werden und sie vorwiegend dazu dienen, ein Unheil abzuwenden. Die Zwangshandlung wird nicht lange vorbereitet und wird oftmals stereotypisch ausgeführt. (Grüsser & Thalemann, 2006, S. 20-24)

Für die pathologische (Glücks-)Spielsucht ist ein Phasenmodell entworfen worden, dass mit den verschiedenen Stufen des Suchtmodells (vgl. Abbildung 2, S. 31) annähernd übereinstimmen. Bei der Durchführung des exzessiven Verhaltens erlebt der Betroffene zu Beginn Vergnügen, Entlastung, Befriedigung und Entspannung. Dies stimmt mit der ersten Stufe des Stufenmodells der Suchtentwicklung überein. Zu einem späteren Zeitpunkt können nach dem Ausüben dieser gezielten Handlung Reue, Scham oder Selbstvorwürfe die Folge sein. Das Phasenmodell besteht aus den folgenden drei Stufen:

- Stufe 1: positives Anfangsstadium
- Stufe 2: kritisches Gewöhnungsstadium
- Stufe 3: Sucht- oder Verzweiflungsstadium

(Grüsser & Thalemann, 2006, S. 20-24)

3.5 Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Verhaltenssucht

Nach Grüsser und Thalemann (2006) ist die Entstehung eines guten Gefühls (Belohnung) für das Gehirn unabhängig davon, ob es sich beim Auslöser dieses Gefühls um eine psychotrope Substanz handelt, die direkt auf das Belohnungssystem im Gehirn wirkt oder ob es sich um exzessive Verhaltensweisen handelt, die indirekt auf das Gehirn einwirken. Ein Erklärungsansatz für die Entstehung eines exzessiven Verhaltens ist, wie es auch im multifaktoriellen Modell aufgeführt wird, die Lerntheorie. Dabei steht das Belohnungssystem des Gehirns im Zentrum. In diesem System findet ein hochkomplexes Zusammenspiel spezifischer Botenstoffe, wie Dopamin, Serotonin sowie weiteren Stoffe der Gruppe der Endorphine, statt.

Durch ein exzessives Verhalten wird vermehrt Dopamin ausgeschüttet, welches direkt auf das Belohnungssystem einwirkt und positive Gefühle auslöst (positive Verstärkung). Weiter kann die exzessive Verhaltensweise als negative Verstärkung wirken. Dies ist der Fall, wenn bereits ein Ungleichgewicht, z.B. aufgrund einer bereits vorhandener psychischen Störung, besteht und das exzessive Verhalten dazu führt, dass die von der psychiatrischen Erkrankung ausgelösten negativen Gefühle gedämpft oder gar beseitigt werden.

Bei wiederholter Ausführung des belohnenden Verhaltens werden durch kognitive Prozesse ehemals neutrale innere und äussere Impulse mit dem spezifischen Verhalten in Verbindung gebracht (klassische Konditionierung). Diese Reize führen schlussendlich zu einem erneuten Ausüben des Verhaltens. Die explizite Verhaltensweise nimmt immer mehr die Funktion ein, Stress- und Spannungssituationen zu bewältigen. Die Betroffenen merken sehr schnell, dass das Verhalten auf negative Gefühle und Emotionen wie Angst, Ärger oder Frust einwirkt und diese dadurch verdrängt werden können. Im Zentrum steht der psychische Effekt, der durch das Verhalten ausgelöst wird.

Das spezifische Verhalten erreicht dadurch einen enormen Stellenwert im Leben der betroffenen Personen, denn häufig wird das exzessive Verhalten als letztes Mittel angesehen, positive Gefühle auszulösen. Die positive Wirkungserwartung spielt also ebenfalls eine grosse Rolle. Das Verhalten muss zunächst den Anreiz verlieren, damit sich überhaupt neue, alternative Verhaltensweisen festigen können. Die Betroffenen müssen lernen, sich mit den vorhandenen Problemen auseinanderzusetzen und neue Bewältigungsstrategien entwickeln. (S. 72-78)

Die (sozialen) Folgeprobleme, die durch eine Verhaltenssucht entstehen, decken sich weitgehend mit denen, die im Kapitel 3.3 ausgeführt werden.

3.6 Methodische Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe

Die folgenden Ausführungen lassen sich auf die professionelle Arbeit mit substanzabhängigen Personen, sowie auf die Arbeit mit Verhaltenssuchtigen anwenden.

Laut Loviscach (2008) orientiert sich die Soziale Arbeit in der Drogen- und Suchthilfe inzwischen, neben dem abstinenzorientierten System, am klientenorientierten System. Dabei geht es in erster Linie um die Unterstützung bei der Überlebenseicherung der Betroffenen und um die Alltagsbewältigung. Hinzu kommt die Stabilisierung des physischen sowie psychischen Zustandes mittels sozialer und beruflicher Integration. Darunter fallen folgende Massnahmen:

- Vernetzung mit anderen Fachstellen;
- Wohnsituation klären;
- Tagesstruktur herstellen (Tagesablauf, Beschäftigung tagsüber);
- Distanz zum problematischen Umfeld schaffen;
- Vermeiden von Delinquenz und Verschuldung;
- Reduktion des Konsums oder des problematischen Verhaltens;
- Sicherung der Gesundheit;
- Schutz anderer Personen.

(S. 389-390)

Diese aufgezählten Massnahmen werden bei Günter Rosenhagen (2005) unter dem Fachbegriff „Sozialtherapie“ zusammengefasst. Es wird versucht, dem einzelnen Individuum

gerecht zu werden und das soziale Umfeld bei der Situationsanalyse zu berücksichtigen. Sie umfasst die materielle Unterstützung und die psycho-soziale Beratung sowie Versorgung.

Durch diese Vielseitigkeit kann das Konzept in verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit, auch ausserhalb der Drogen- und Suchthilfe, angewendet werden. (S. 76-87)

Ein Beispiel der psycho-sozialen Beratung wird bei Esther Weber (2005) beschrieben: Die lösungs- sowie ressourcenorientierte Gesprächsführung. Die Sozialarbeitenden erfassen die (noch) vorhandenen sowie die fehlenden Ressourcen. Die Betroffenen sollen wieder befähigt werden, ihre Fähigkeiten und Stärken zu nutzen und vorhandene Probleme selbständig zu lösen und Selbstverantwortung zu übernehmen. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter unterstützen die Klientinnen und Klienten dabei, sich mit dem Notwendigen zu versorgen, da sie es aus eigener Kraft oftmals nicht schaffen. Die Betroffenen sollen zudem beim Finden ihrer eigenen Lösungen unterstützt werden. (S. 20-24)

Ein weiterer Ansatz ist die Systemtheorie, die ebenfalls Bestandteil der Sozialtherapie ist. „Systeme können wir als dynamische Ganzheit verstehen, die aus einzelnen Teilen besteht. Alle diese Teile stehen in gegenseitiger Abhängigkeit und beeinflussen durch ihr Verhalten und Zusammenwirken das Verhalten des ganzen Systems“ (Weber, 2005, S.15). Schule, Familien, politische Gruppierungen oder Arbeitsgremien sind Beispiele solcher Systeme, die erst durch die Unterscheidung zu ihrer Umwelt erkennbar werden. Durch die erwähnte Wechselwirkung ist es für Sozialarbeitende sehr wichtig, verschiedene Systeme in die Arbeit einzubeziehen. (S. 14-18). Aus dem systemischen Ansatz heraus ist bei Kolitzus (200) klar ersichtlich, dass Veränderungen der einzelnen Mitglieder Auswirkungen auf das Gesamtsystem haben. Weiter weist er auf die Problematik der Co-Abhängigkeit hin. (S. 537-539)

Unter Co-Abhängigkeit sind, laut Jörg Fengler (2002), Haltungen und Verhaltensweisen von Personen, Gruppen und Institutionen zu verstehen, die durch ihre Handlung oder das Unterlassen einer Handlung dazu beitragen, dass der abhängige oder suchtgefährdete Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann. Durch den Versuch, den Betroffenen zu helfen, kommt es für das Umfeld immer wieder zu demoralisierenden Situationen, da die versuchten Anstrengungen oft zum Gegenteil (erneuter Konsum) führen. Ihnen soll dabei geholfen werden, sich genügend abzugrenzen. Sozialarbeitende können auf die expliziten Handlungen oder Unterlassungen hinweisen und versuchen, den Selbstwert der Angehörigen zu steigern. (S. 100-104)

Ein wichtiges Element in der Arbeit mit abhängigen Personen ist das Motivational Interviewing. Otto Schmid (2009) beschreibt, dass Motivation aus den beiden Komponenten „Trieb“ und „Anreiz“ besteht, die schlussendlich dafür verantwortlich sind, eine gezielte

Handlung zu vollziehen und um ein erwünschtes Ziel zu erreichen. Die vier zentralen Grundsätze des Motivational Interviewing sind:

- Empathie ausdrücken (aktives Zuhören, keine Wertungen, Ambivalenz akzeptieren);
- Diskrepanz entwickeln (Widersprüchlichkeit zwischen aktuellem Verhalten sowie den zentralen Zielen und Wertvorstellungen aufzeigen);
- Widerstand umleiten („mit dem Widerstand gehen“, neue Perspektiven erarbeiten, Betroffene sollen selber aktiv Lösungen entwickeln, Widerstand nicht direkt angehen);
- Selbstwirksamkeit fördern (an die Chance glauben, dass eine Veränderung möglich ist, Betroffene müssen die Verantwortung für ihre Entscheidungen selber tragen, Klientel vermitteln, dass sie sich verändern können).

Das Motivational Interviewing orientiert sich zudem an fünf verschiedenen Taktiken. Zum einen sollen vorwiegend offene Fragen gestellt und den betroffenen Personen aktiv zugehört werden (Rückfragen stellen, nonverbale Kommunikation einsetzen). Von Vorteil ist es auch, wenn die Beratungspersonen Lob und Komplimente aussprechen. Die Beratungsperson soll das Besprochene in regelmässigen Abständen wiederholen und resümieren. Damit wird gezeigt, dass die Aussagen der Betroffenen korrekt verstanden wurden.

Motivierende Aussagen sollen dabei unterstützen, den Zugang zur Umsetzung der Veränderung zu vereinfachen (Nachteile der aktuellen Situation betonen, Vorteile der Veränderung eruieren, Optimismus bezüglich einer möglichen Veränderung zeigen und Veränderungsabsicht herstellen). Ziel der Beratenden ist es, die Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Phasen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung und Ambivalenz, Vorbereitung, Umsetzung sowie Erhaltung der Veränderung) zu begleiten und zu unterstützen. (Schmid, 2009, S. 3-15)

Gerade im Suchtbereich wird immer wieder auf verhaltenstherapeutische Ansätze oder auf kognitiv-behaviorale Präventionsmassnahmen hingewiesen. Clemens Veltrup (2002) meint dazu, dass das Suchtverhalten erlernt ist. Durch den regelmässigen Konsum der psychotropen Substanzen oder das exzessive Verhalten, eignet sich die abhängige Person an, dadurch immer mehr Bestätigung und Verstärkung zu erhalten weil damit eine positive Wirkung erzielt oder negative Gefühle und Situationen beendet werden können. (S. 233-234)

Die verhaltenstherapeutischen Interventionen beabsichtigen eine Veränderung des abnormalen Verhaltens und Erlebens (Ralf Demmel, 2000). Dies geschieht hauptsächlich über das Üben allgemeiner und konkreter Fertigkeiten (Entspannungsübungen, Training sozialer Kompetenzen), über die Rückfallprophylaxe, über spezifisches Kommunikations- und Konfliktbewältigungstraining, über Bestrebungen sozialer sowie beruflicher Integration, über Selbstkontrolltechniken (Selbstbeobachtung, Selbstverstärkung) und über Abneigungs- sowie Expositionstherapie. Das vorhin erwähnte Motivational Interviewing gehört zu den kognitiv-behavioralen Beratungsmethoden. (S. 591)



Sport und Sucht

4 Sport und Sucht

Bevor auf die Definition und die Erklärungsansätze der Entstehung der Sportsucht näher eingegangen werden kann, wird das Kapitel mit der Definition von Sport und die dazugehörigen Begriffe Wettkampf, Leistung und Ehrgeiz eingeleitet. In einer kurzen Abhandlung wird zudem auf den Stellenwert des Sports in der Gesellschaft eingegangen. Um den Zusammenhang zu der Sozialen Arbeit aufzuzeigen, werden die relevanten Handlungsfelder sowie der Nutzen, der die Soziale Arbeit aus den sportlichen Aktivitäten ziehen kann, beschrieben.

4.1 Definition Sport

Das Fachlexikon für Soziale Arbeit (Dieter Kreft & Ingrid Mielenz, 2005) verweist auf eine Definition der Brockhaus Enzyklopädie, worin der Begriff Sport wie folgt dargelegt wird:

„Das Wort Sport entwickelte sich aus dem mittellateinischen *disportare* (sich zerstreuen, vergnügen) über das altfranzösische *desport* (Erholung, Zerstreuung) zum englischen Wort *sport*. Im Englischen bedeutet Sport noch heute (. . .) Vergnügen, Spass, Zerstreuung sowie körperliche Erholung, auch faires Verhalten (S. 908).“

Diese Definition hat in der heutigen Zeit in vielen Bereichen ihre Bedeutung verloren. Sport kann nicht mehr als einheitlicher Begriff für die unzähligen sportlichen Aktivitätsmöglichkeiten und die unterschiedlichsten Motive der Bevölkerung, sich sportlich zu betätigen, verwendet werden.

Die Frage „Was ist Sport?“ lässt sich daher nicht einfach beantworten und findet in der sportwissenschaftlichen Diskussion keinen allgemeingültigen Ansatz. Auch die Unterscheidung von sportlichen und nicht-sportlichen Aktivitäten ist schwierig zu definieren. Durch die zunehmende Ausweitung von möglichen Sportaktivitäten ist ein breites und modernes Sportverständnis notwendig geworden. Was früher noch nicht zum Sport gezählt hat, kann heute ein Bestandteil des Sports sein. (Adrian Berwert, Heinz Rütter, Carsten Nathani, Matthias Hozhey & Michael Zehnder, 2007, S. 6)

Gemäss Kreft und Mielenz (2005) kann folgende Unterteilung für das sportliche Handeln gemacht werden:

1. Spitzen- und Hochleistungssport (inkludiert den Bereich der nationalen Repräsentanz);
2. Breiten- oder Wettkampfsport (vorwiegend in Vereinen organisiert);
3. Freizeit- und „Jedermannsport“ (Sport für Nichtorganisierte).

Wettkampf, Leistung und Ehrgeiz sind wichtige Bestandteile im Sport. Je nach sportlicher Betätigung, kann diesen Begriffen eine andere Bedeutung beigemessen werden. So wird der Begriff Leistung im Freizeitsport anders gewichtet, als im Spitzensport. Ebenfalls spielt die organisatorische Gliederung der Bewegungsaktivität für die Wichtigkeit der Begriffe eine wesentliche Rolle. Sport kann in Vereinen und Verbänden, in spontanen Gruppen oder unter Freunden, innerhalb von Organisationen wie der Universitäts- oder Hochschulsport sowie als Teil alltäglicher Unterhaltung in Form der Massenmedien auftreten. (S.908)

Grüsser und Thalemann (2006) beschreiben die positiven Aspekte des Sports wie folgt:

Sport führt zu einer Aktivierung der Botenstoffe im Körper, wodurch sich die Körpertemperatur erhöht und dadurch die tonische Muskelaktivität entspannt. Diese Auswirkungen führen zu positiven Effekten wie einer verbesserten Stimmung, einer besseren Gesundheit sowie der Möglichkeit zur sozialen Interaktion. Ein verstärkender Aspekt im Sport ist dabei den Einfluss auf die Stimmungsregulation durch die körperliche Aktivität. (S. 102)

Im Folgenden verwenden die Autorinnen für den Begriff Sport die Synonyme „körperliche Aktivität“, „körperliche Betätigung“ sowie „Bewegungsaktivität“.

4.2 Stellenwert des Sports in der Gesellschaft

Sport kann in der heutigen Zeit kaum noch als eine nebensächliche Begleiterscheinung betrachtet werden. Im Breitensport ist eine Verschiebung der traditionellen Zielsetzungen (soziales Verhalten und Fairness üben, Abbau von Aggressionen) zugunsten der individuellen Zielsetzungen des Menschen zu erkennen. Körperliche Attraktivität, Selbstdarstellung und die Suche nach Risiko und Grenzerlebnissen zählen zu den neuen Absichten in der heutigen Zeit. Diese neue Form des Sportverhaltens bringt jedoch die Gefahr mit sich, dass der Körper nicht mehr als Teil der Person verstanden wird, sondern zunehmend „instrumentalisiert“ wird. Der Körper dient dabei als Mittel zum Zweck, die formulierten Ziele zu erreichen. Aus diesem Verhalten ergibt sich eine neue Art des Sporttreibens, was sich in exzessiven Formen bis hin zu einem süchtigen Verhalten zeigen kann. (Jörg Knobloch, Henning Allmer & Thomas Schack, 2000, S. 181-182)

In einer Studie über die wirtschaftliche Bedeutung des Sports in der Schweiz aus dem Jahr 2007, wird der gesamtwirtschaftliche Einfluss des Sports sowie der verschiedenen Sportbereiche erstmals für die Schweiz dargestellt. Dabei hat das Gesamtsystem Sport 2005 einem Umsatz von rund 15'100 Mio. CHF erwirtschaftet und leistete einen Beitrag zum

Bruttoinlandprodukt (BIP) von 1.8 % und 2.5 % zur Gesamtbeschäftigung der Schweiz (80'300 Vollzeitstellen). Zum Vergleich liegt der Anteil des BIPs der gesamten Tourismuswirtschaft, welche ein wichtiger Wirtschaftszweig für die Schweiz darstellt, ungefähr doppelt so hoch wie beim Sport.

Der Sporttourismus gilt als wichtige Einnahmequelle für die Schweiz. Die rund 26'000 Sportanlagen sowie die gut 22'500 Sportvereine, insbesondere die internationalen Sportverbände und die Profimannschaften im Fussball und Eishockey, tragen zum wirtschaftlichen Gewinn bei. Einzig die Sportunfälle führen zu Kosten und vermindern den Wohlstand einer Volkswirtschaft.

Sport zählt in der Schweiz zu den beliebtesten Freizeitaktivitäten. Das Angebot an Sport- und Bewegungsmöglichkeiten ist sehr breit und oft werden von einer Person verschiedene Sportarten ausgeübt. Die beliebtesten Sportarten in der Schweizer Bevölkerung sind Radfahren, Schwimmen, Wandern, Skifahren, Jogging, Turnen und Gymnastik.

(Adrian Berwert, Heinz Rütter, Carsten Nathani, Matthias Hozhey & Michael Zehnder, 2007, S. 4-7)

Gegenüber dem aktuell hohen Gesundheitsbewusstsein in der Schweizer Bevölkerung stehen die zunehmenden Kosten im Gesundheitssystem. Die KOF, Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich, rechnet für 2010 und 2011 mit einem Wachstum der Kosten um 3.7%. In der aktuellen Prognose ist zu entnehmen, dass die Bedeutung des Gesundheitswesens weiter zunehmen wird. Für 2010 prognostiziert die KOF eine Gesundheitsausgabenquote in Relation zum BIP von 11.5%, für 2011 sogar eine von 11.6%. (KOF:<http://www.kof.ethz.ch/news/?t=ga>)

4.3 Sport und Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit nutzt den Sport in vielseitiger Weise als geeignetes Mittel für sozialarbeiterisches und sozialpädagogisches Handeln. In Form von Bewegungserziehung in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, in Sportgruppen in Jugendfreizeitstätten, als Angebot zur Integration ausländischer Kinder, bei der Mitorganisation von Sportangeboten für regelmässig nicht in Sportvereinen organisierter Kinder und Jugendlichen (z.B. Midnight-Basket), wird Sport bereits regelmässig eingesetzt. Auch in familienorientierten Programmangeboten, welche von Eltern sowie Kindern wahrgenommen werden können, in der Arbeit mit Gefangenen im Strafvollzug, in der Zusammenarbeit mit Personen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sowie im Altersport, findet Sport zunehmend Anwendung. (Kreft & Mielenz, 2005, S. 909)

Durch den Sport können in vielfältiger Weise soziale Kompetenzen erworben werden. Mittels körperlicher Aktivität kann das Bewusstsein für klare Strukturen und Regeln in spielerischer

Weise aufgezeigt und ein sozialer Lernprozess in Gang gesetzt werden. So kann die Bewegungsaktivität dazu beitragen, Regeln und deren Bedeutung für das Zusammenleben und Funktionieren in einer Gruppe zu lernen. Zudem bietet Sport ein Begegnungsort für Gleichgesinnte. Dadurch können die sozialen Interaktionen und die individuelle Rolle in einem System geübt werden.

Durch den sportlichen Wettkampf kann ein Sieg oder eine Niederlage akzeptiert, verstanden und der Umgang damit erlernt werden. Der Chancengleichheit wird im Wettkampf ein hoher Stellenwert beigemessen. Die Herkunft, Rasse, Religion und Weltanschauung spielen dabei keine Rolle. Auch Fairness, als wichtiger Bestandteil des Sports, kann in sportlichen Interaktionen und Wettkampf gelernt werden. (Hans-Uwe Otto & Hans Thiersch, 2001, S. 1817)

In der Suchtprävention wird im Rahmen des Gesundheitsmodells der Sport grundsätzlich als Schutzfaktor aufgeführt. Im Speziellen wird im Gesundheitskonzept für Jugendliche im Alter von 15 bis 16 Jahren erwähnt, dass sich die Gesundheit über sportliche und körperliche Leistungsfähigkeit definiert und zu einem psychosomatischen Wohlbefinden führt. (Alexander March, 2004, S. 269-271)

In der Schweiz besteht im Bereich der Bewegungs- und Gesundheitsförderung eine Vielzahl an Präventionsprojekten. Darunter fällt das Midnight-Projekt, welches speziell durch die Jugendarbeit gefördert wird. An den Wochenenden werden bis spät abends verschiedene Aktivitäten angeboten. (Bundesamt für Gesundheit: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05141/05268/index.html?lang=de)

4.4 Definition Sportsucht

Baekeland wird in verschiedenster Literatur als Entdecker der Sportsucht bezeichnet. Dabei hat er im Rahmen eines Projekts im Jahr 1970 zufällig festgestellt, dass gewisse Sportlerinnen und Sportler selbst durch eine finanzielle Entlohnung nicht dazu zu motivieren waren, auf Sport zu verzichten. Baekeland hat daher angenommen, dass Sport zu ähnlichen Abhängigkeiten, wie andere Suchtverhalten, führen kann. Seither gibt es überwiegend veröffentlichte Studien über die Laufsucht. Abhängigkeiten können jedoch grundsätzlich bei jeder Form von Bewegung entstehen. (Simon Breuer & Jens Kleinert, 2009, S. 192)

Sportsucht ist ein Phänomen, das häufig öffentliches Interesse und Medienaufmerksamkeit erregt (über 1'600 Einträge mit diesem Begriff finden sich auf Schweizer Webseiten, über 15'000 Einträge auf deutschsprachigen Webseiten). Trotzdem ist im wissenschaftlichen Sprachgebrauch der Begriff Sportsucht uneinheitlich beschrieben.

In einem Definitionsversuch von Breuer und Kleinert (2009) wird Sportsucht wie folgt dargelegt:

Der Begriff der Sportsucht (exercise addiction) hat sich als Oberbegriff für sport- und bewegungsbezogene Abhängigkeit durchgesetzt und kann als Sammlung aller Verhaltensauffälligkeiten aufgefasst werden, in denen Bewegungs- und Sportaktivitäten signifikant mit klinisch relevanten Kriterien der Abhängigkeit oder des Missbrauchs in Verbindung zu bringen sind. Sport- und Bewegungsabhängigkeit (exercise dependence) kann als Begriff mit einem stärkeren Fokus auf die klinischen Kriterien der Abhängigkeit verstanden werden. (S. 194)

Sport- und bewegungsabhängige Sucht umfasst nicht ausschliesslich klassische Sportarten wie das Laufen oder das Schwimmen, sondern kann auch andere Aktivitäten wie z.B. das Fitnesstraining und das Kickboxen betreffen. Für die unterschiedlichen Störungsformen gibt es unterschiedliche Bezeichnungen, wobei das Laufen, mit dem Mythos des „runners high“, als einer der bekanntesten Vertreter für die Sportsucht gilt. „Runners high“ bezeichnet ein Hochgefühl beim Langstreckenlauf. Die Läuferin oder der Läufer erlebt einen schmerzfreien und euphorischen Gemütszustand, welcher die körperliche Anstrengung überdeckt und das Gefühl vermittelt, ständig weiterzulaufen zu können. (Breuer & Kleinert, 2009. S. 195)

In einer historischen Auflistung von Marc Castillon (2007) werden die bereits erfassten Definitionsversuche der Sportsucht festgehalten. Dabei lassen sich drei Kategorien feststellen, wobei die letzte Stufe als heutiger Forschungsstand angesehen werden kann.

Die ersten Definitionsversuche Mitte der 70er Jahre beziehen sich auf die Unterscheidung in eine positive bzw. eine negative Sportsucht. Bei der positiven Sportsucht, wirkt sich dieses Suchtverhalten günstig auf die mentale Stärke sowie auf den erziehenden Spassfaktor eines Menschen aus. Negative Süchte wurden zu diesem Zeitpunkt ausschliesslich mit schädlichen Stoffen (illegale Drogen) in Verbindung gebracht. Diesem Konzept wurde bereits drei Jahre später widersprochen, indem auf das weitere Fortführen des Sports trotz negativer Folgen für die Gesundheit verwiesen wurde. Sportsucht konnte als „schlecht“ bewertet werden, wenn die betroffene Person das Gefühl hatte, ohne Sport mit den täglichen Lebensanforderungen nicht mehr klarzukommen oder im Falle eines Nichtausübens des Sports Entzugssymptome auftraten.

In einer zweiten Definitionsreihe anfangs der 90er Jahre, lag der Fokus auf der Häufigkeit und der Menge des Sportverhaltens. Es wurde erkannt, dass die Entzugerscheinungen treten nach einem Zeitraum von 24-36 Stunden ohne körperliche Betätigung auftreten. In

einer weiteren Definition galt ein Läufer als abhängig, wenn er über einen Zeitraum von 20 Wochen an mindestens fünf von sieben Tagen die Woche 15 oder mehr Stunden an Sportprogrammen aktiv war.

Der heutige Forschungsstand kritisiert, dass das Vorliegen einer Sportsucht nicht nur von der Häufigkeit und der Menge des Sporttreibens abhängig gemacht werden kann. Demzufolge könnte jede Spitzensportlerin und jeder Spitzensportler als süchtig bezeichnet werden. Nach aktuellen Überlegungen wird eine Unterteilung in die primäre bzw. sekundäre Sportsucht gemacht. Dabei gilt die primäre Sportsucht als ein eigenständiges Störungsbild, zu welchem folgende diagnostische Kriterien zugeordnet werden:

1. Stereotypisierte und routinierte gedankliche Beschäftigung mit dem Sport;
2. einhergehend mit einem klinisch relevanten Leiden bzw. Beeinträchtigungen in physischen, sozialen und/oder beruflichen Bereichen;
3. starke Entzugserscheinungen, wenn kein Sport betrieben wird.

Die diagnostischen Kriterien für die Bestimmung einer Sportsucht finden dann Anwendung, wenn sich die gedankliche Beschäftigung mit dem Sport nicht durch andere psychische Störungen besser beschreiben lässt. Für die Diagnose einer primären Sportsucht muss eine Essstörung ausgeschlossen sein.

Die sekundäre Sportsucht (auch als assoziierte Sucht bezeichnet) lässt sich einhergehend im Zusammenhang mit einer Essstörung beschreiben. Eine sekundäre Sportsucht liegt dann vor, wenn:

1. das Verhaltensrepertoire so eingeengt ist, dass ein stereotypisiertes Verhalten bezüglich des Sporttreibens besteht, welches auf der Grundlage eines festgelegten Trainingsplans mit ein bis mehreren Trainingseinsätzen pro Tag besteht;
2. die betroffene Person andere Aktivitäten zugunsten des Sports zurückstellt;
3. Entzugssymptome entstehen, sobald der Trainingsplan nicht eingehalten oder das Training nicht beendet wird;
4. eine Erleichterung oder eine Verminderung der Entzugssymptome durch das Sporttreiben eintritt (Toleranzentwicklung bezüglich des Trainingsumfangs);
5. ein subjektives Bewusstsein besteht, dass ein Drang oder Zwang zum Sporttreiben besteht.

In einer weiteren Diagnosestellung von 2003 gilt eine Person als sportsüchtig, wenn einerseits eine Beeinträchtigung auf psychischer, sozialer, beruflicher, physischer Ebene oder auf der Verhaltensebene besteht und andererseits Entzugserscheinungen auftreten sowie eine Essstörung besteht. Dabei gilt die Auffassung dieser Definition, dass ein pathologisch exzessives Sporttreiben immer mit einer Essstörung einhergeht und die reine, primäre Sportsucht in dem Sinne nicht besteht. (Castillon, 2007, S. 7-10)

Auf den Zusammenhang von Sport und Essstörungen wird im Kapitel 4.4.3 näher eingegangen.

4.4.1 Sportsuchtspezifische Diagnostik

Castillon (2007) weist darauf hin, dass die Grenzen zwischen gesundem und pathologischem Sporttreiben fließend sind. Er unterscheidet zwischen drei verschiedenen Sportprofilen:

1. Profil des „gesunden Neurotikers“: Dieser erreicht durch den Sport eine positive und anhaltende Verbesserung im Leben. Die Leistung hat einen hohen Stellenwert.
2. Profil des „Zwanghaften“: Er erlangt Befriedigung durch die präzise Routine und regelmässige Struktur durch den Sport. Ein Gefühl der Kontrolle und der moralischen Überlegenheit geht damit einher.
3. Profil des „Süchtigen“: Regulation der inneren Ungleichgewichtszustände sowie der Gefühle durch körperliche Aktivität. Der Sport übernimmt zunehmend die Kontrolle über das Leben des Betroffenen. (S. 10)

In den Versuchen, die primäre Sportsucht als eine eigenständige Krankheit zu definieren, sind verschiedene Diagnoseinstrumente entstanden. Das uneinheitliche Verständnis der Sportsucht erschwert dabei die diagnostische Entwicklung. In der aktuellen Forschung überwiegt das Verfahren in Form von standardisierten Fragebögen. Dabei wird Sportsucht über das Bewegungsausmass (Häufigkeit/Intensität), über biomedizinisch/assoziierte Symptome (z.B. Toleranzentwicklung/Entzugerscheinung) und über psychosoziale Merkmale (z.B. Konfliktentstehung) definiert. Erfasst werden diese Werte in ein- und mehrdimensionalen Fragebögen, welche je nach Ausrichtung einzelne oder mehrere Merkmale der Suchtentwicklung erfassen. Im deutschsprachigen Raum sind kaum sportsuchtspezifische Fragebögen vorhanden. Die diagnostischen Verfahren schränken sich überwiegend auf den englischsprachigen Raum ein. (Breuer & Kleinert, 2009, S. 204-210)

Knobloch, Allmer und Schack (2000) fassen die verschiedenen Kategorien, der von Ihnen ungefähr 15 aufgeführten Fragebögen, zusammen. Dabei sind folgende Merkmale als Indikatoren festgelegt:

1. Ausdauersport zu betreiben wird zum zentralen Motiv mit dem Ziel, sich gut zu fühlen.
2. Entzugssymptome werden vermieden und es besteht ein Zwang zur Ausübung der Aktivität.
3. Toleranzentwicklung
4. Starke, psychophysiologische Entzugerscheinungen bei Sportabstinenz.

5. Missachtung körperlicher Signale und Verletzungen führen zu einer körperlichen Schädigung und zu Lebensgefahr. Folgen davon können starke Schmerzen, und/oder Beschwerden des Bewegungsapparats sowie Krämpfe oder Erschöpfung sein.
6. Gefahr der sozialen Isolation im gewohnten sozialen Umfeld.
7. Tendenz, dass das sportbezogene Verhalten die Person kontrolliert. (S. 194)

Die diagnostischen Kriterien des „Pathologischen (Glücks-)Spiels“ im ICD-10 stimmen mit den wesentlichen sieben Kriterien von Knobloch, Allmer und Schack (2000) überein. Demzufolge wäre eine Einordnung der Sportsucht im ICD-10 unter der Kategorie der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ als „abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ zu klassifizieren.

Für die genauere Bestimmung der Sportsucht ist eine Festlegung der diagnostischen Kriterien für klinische Störungen notwendig. Zudem ist für die Klärung die Ausweitung auf andere Sportarten und –formen nötig, damit eine umfassendere Untersuchung der Sportsucht ermöglicht werden kann. Eine solche Untersuchung würde sich auch auf die epidemiologische Bedeutung auswirken, welche im Kapitel 4.5 erläutert wird. (Breuer & Kleinert, S. 213- 214)

Grüsser und Thalemann (2006) orientieren sich mit den Kriterien für die Bestimmung der Sportsucht an den Hauptmerkmalen des Abhängigkeitssyndroms. Sportsüchtige Personen sind nicht in der Lage, einen Tag lang auf Sport zu verzichten. Dabei werden auch körperliche Schädigungen von den Betroffenen in Kauf genommen. Die gedankliche Beschäftigung mit dem Sport sowie die psychischen Entzugssymptome (vgl. Kapitel 4.4.2) sind weitere Anzeichen für die Sportsucht. In der Diagnostik ist es jedoch schwierig, Sportsüchtige anhand von Entzugserscheinungen zu untersuchen, da sie aufgrund des süchtigen Verhaltens nicht auf Sport verzichten wollen. (S. 99-100)

4.4.2 Entzugssymptome

Die Unterteilung in physische und psychische Entzugssymptome wird als wesentliches Kriterium für die Bestimmung einer Abhängigkeit, resp. Verhaltenssucht angesehen. Unter die psychischen Entzugserscheinungen fallen Stimmungsschwankungen, Depressivität sowie Ängstlichkeit. Schlafstörungen und Erschöpfungszustände gehören zu den körperlichen Entzugssymptomen.

In einer Studie wurden aktive Läuferinnen und Läufer über die Gefühle befragt, wenn sie nicht dem Sport nachgehen konnten. Dabei wurden negative Emotionen in Form von Gereiztheit, Unruhe, Frustration, Schuldgefühlen bis hin zu Verwirrtheit genannt. Die inaktiven Läufer wiesen überdies ein niedriges Selbstwertgefühl auf.

Auch bei einer nicht vollständigen Trainingsabstinenz, im Sinne einer reduzierten Trainingsintensität und Trainingsdauer, konnte eine Stimmungsverschlechterung bei den Probanden festgestellt werden. Dies zeigt, dass bereits eine Reduktion der Trainingsintensität ohne vollständige Inaktivität bei den betroffenen Personen eine Verschlechterung der Stimmungslage herbeiführen kann.

Eine weitere Ausführung betont die Auswirkungen des Sporttreibens auf das individuelle Wohlbefinden, welche nicht unmittelbar auf eine Trainingsunterbrechung zurückzuführen sind. Dazu kann ausgeführt werden, dass die Stressbewältigung durch den Sport, der Verlust von sozialen Kontakten sowie eine Gewichtszunahme weitere Gründe für eine negative Auswirkung auf das emotionale Befinden sein können. (Grüsser & Thalemann, 2006, S. 104-105)

4.4.3 Erklärungsansätze für die Entstehung und Aufrechterhaltung der primären Sportsucht

Hinsichtlich des Entstehungsprozesses muss die primäre Sportsucht grundlegend als eine eigenständige Krankheit von der sekundären Sportsucht unterschieden werden. Folgend wird die Entstehung der primären Sportsucht erläutert. Die nachfolgenden Ausführungen stützen sich vorwiegend auf Breuer und Kleinert (2009, S. 200-204).

Die Sportsucht kann am ehesten mit dem Begriff der „Masslosigkeit“ was die Trainingsintensität und den Trainingsumfangs anbelangt, umschrieben werden. Dazu kommt die fehlende Kontrolle, die Schädigung im körperlichen, psychischen und/oder sozialen Bereich sowie Anpassungsstörungen („maladaptive Prozesse“). Maladaptive Prozesse sind Strategien, welche einst entwickelt wurden, um sich zu schützen. Mittlerweile richten sie jedoch mehr Schaden an, als dass sie nützen. Der Entwicklungsprozess der Sportsucht lässt sich nach einem aktuellen Modell anhand von Schlüsselstellen nachvollziehen, welche mit dem Sportverhalten in enger Verbindung bzw. in einer Wechselwirkung stehen. Diese Schlüsselstellen betreffen die subjektiv wahrgenommene psycho-physische Wirkung von Sportaktivitäten, die persönliche Einstellung gegenüber der Aktivität sowie die mit dem Sport verbundenen sozialen Interaktionen (positiv oder negativ).

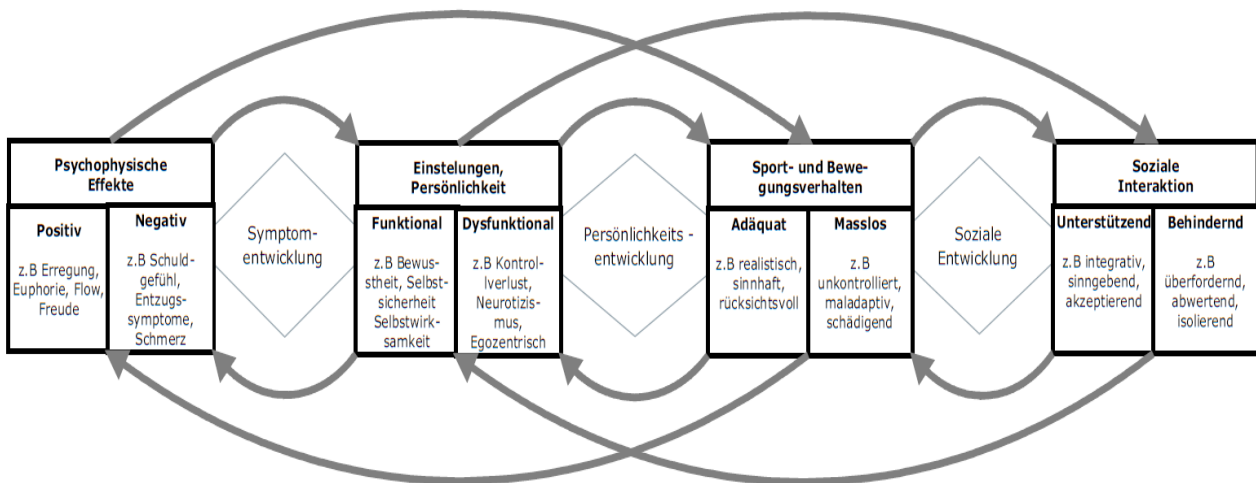


Abbildung 3: Allgemeines Prozessmodell der Entwicklung sportassoziierter Symptome / Breuer und Kleinert 2009

1. Psycho-physische Effekte

Wie bereits im Kapitel 3.5 erklärt, spielen die positiven Auswirkungen eines Verhaltens im Entstehungsprozess einer Sucht eine wichtige Rolle. Beim Sporttreiben zeigen sich diese Auswirkungen auf der körperlichen, psychischen sowie auch auf der sozialen Ebene. Die meisten Forschungsarbeiten existieren im Bereich der Befindlichkeitsveränderung. Die Erklärungsansätze dieser Effekte auf die Befindlichkeit können körperlicher und psychischer Natur sein. Zu den körperlichen Erklärungen gehören die neurovegetativen (steigende Körpertemperatur) und hormonell bedingten Veränderungen, zu welchen auch die verbreitete „Endorphinhypothese“ gezählt wird. Durch den Sport wird das körpereigene Opioid Endorphin ausgeschüttet, was im Körper sogenannte Glücksgefühle auslöst. Nach dem aktuellen Forschungsstand ist dieser Begründungsansatz jedoch nicht als alleinige Ursache für die Befindlichkeitsveränderungen einer sportsüchtigen Person anwendbar.

Entgegen den körperlichen Mechanismen versuchen psychologische Erklärungsansätze das positive Erleben, welches durch den Sport ausgelöst wird, mit Wahrnehmungsprozessen zu beschreiben. Dabei wird die sogenannte „Flow-Empfindung“ während der sportlichen Aktivität als beinahe meditationsähnlicher Zustand dargestellt, welcher mit einer inneren Zufriedenheit und einem hohen Mass an positivem Befinden gleichgesetzt werden kann. Derartige Effekte wirken sich günstig auf die persönlichen Charaktereigenschaften einer Person aus. (z.B. Förderung der Selbstwirksamkeit, Gewinn an Selbstvertrauen, Körperakzeptanz sowie positive Auswirkungen auf Krankheitsverläufe der Depression oder Angststörungen).

2. Einstellungsmerkmale oder Persönlichkeitsfaktoren

Wissenschaftliche Erkenntnisse liegen vor allem im Bereich des Risikoverhaltens im Extremsport vor. Dabei ist das „sensation seeking“ ein wesentliches Merkmal, im Sinne der extremen Reizsuche und der Suche nach Abwechslung sowie ständiger Spannung. Im Zusammenhang mit der Laufsucht wird eine „emotionale und motivationale Unausgeglichenheit“ verbunden mit einer Wettkampforientierung nachgewiesen. Dabei verfügen die Läuferinnen und Läufer über ein eher niedriges Selbstwertgefühl. Diese Hinweise verdeutlichen, dass die betroffenen Personen Probleme mit ihrer Persönlichkeit aufzeigen und nicht nur ein inadäquates Verhalten in Form von exzessiven Sporttreiben vorliegt. Bei süchtigen Personen wird von einem hohen Leidensdruck ausgegangen.

3. Soziale Interaktionen

In der theoretischen Erläuterung wird dem Einfluss von sozialen Interaktionen einen bedeutsamen Stellenwert beigemessen. Im Falle fehlender sozialer Anerkennung durch das Umfeld des Betroffenen, können sich soziale Interaktionen auf die Entstehung und Entwicklung der Sportsucht auswirken. So können körperliche Idealvorstellungen, die sich auch im Bodybuilding deutlich zeigen, Mitauslöser einer extremen Verhaltensweise sein. Negative Veränderungen (z.B. durch soziale Isolation oder Vernachlässigung der Arbeit) können als krankheitsfördernde Kriterien angesehen werden. Demgegenüber stehen Kriterien, welche eher sozial akzeptiert sind und nicht auf eine angehende Sportsucht hindeuten (z.B. Wechsel des Freundeskreises). Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die primäre Sportsucht im Vergleich zu stoffgebundenen Süchten eine eher hohe soziale Anerkennung besitzt und im Umfeld des Betroffenen teilweise sogar zu Anerkennung führen kann. Dies trägt zu einer zusätzlichen Verhaltensverstärkung bei. (Breuer & Kleinert, 2009, S. 200-204)

Identisch zu dem Aspekt der Persönlichkeitsmerkmale im Entwicklungsmodell der Sportsucht, beschreibt Castillon (2007) die individuellen Persönlichkeitscharakteristika als Einflussmerkmale der Sportsuchtentwicklung. Die genetischen Veranlagungen erhöhen die individuelle Anfälligkeit an einer Sportsucht zu erkranken. Zudem werden die sozialen und gesellschaftlichen Einflussfaktoren auf die Süchtige oder den Süchtigen erwähnt. Ein stark sportlich geprägtes familiäres Umfeld, der soziale und mediale Druck, die Beeinflussung des Körperkultes bzw. des „Schlankheitswahns“ sowie der Druck in der heutigen Leistungsgesellschaft können als prägenden Einflussfaktoren genannt werden. (S. 12)

4.4.4 Therapeutische Interventionen

Castillon (2007) nimmt an, dass der Leidensdruck der betroffenen Personen, verglichen mit der stoffgebundenen Sucht zu Beginn der Suchtentwicklung, nicht so hoch einzustufen ist. Demzufolge ist die Bereitschaft, sich in eine professionelle Behandlung zu begeben, nicht so stark ausgeprägt. Das Endstadium nimmt jedoch bei beiden Suchtformen ein ähnliches Ausmass an. Die selbstzerstörerischen Auswirkungen beziehen sich sowohl auf den körperlichen Zerfall sowie auch auf die gestörten Sozialbeziehungen. Die Intensität und die Dynamik der Suchtentwicklung fallen bei den stoffungebundenen Süchten meist nicht so massiv aus wie bei stoffgebundenen Süchten.

Wenn eine sportsüchtige Person sich in therapeutische Behandlung begibt, müssen aus sportmedizinischer Sicht die körperlichen Risiken durch ein abruptes Trainingsende beachtet werden. Wenn sich der durch das Training vergrösserte Herzmuskel zu schnell verkleinert, können Herzrhythmusstörungen auftreten, welche bis zum Tode führen können. Aufgrund der oben erwähnten Folgen einer abrupten Trainingsbeendigung sowie der Gefahr von Übergewicht, sollte aus sportmedizinischer Sicht die Aktivitätsreduktion nur schrittweise und unter ärztlicher Aufsicht erfolgen.

Eine Therapie fokussiert zudem kognitive Prozesse sowie „Verhaltensmanagement“. Ziel dabei ist es, die schädlichen Auswirkungen aufzuzeigen und anhand einer Auflistung der positiven und negativen Aspekte des Sportverhaltens das Bewusstsein für das exzessive Sporttreiben zu fördern. Die Bewusstmachung der bedrohlichen Situation trägt zu einer Verbesserung der Selbst- und der Körperwahrnehmung bei. Zusätzlich zu der sukzessiven Reduktion des Trainings ist es sinnvoll, soziale Kontakte aufzubauen, welche nicht unmittelbar in Verbindung mit dem Sport stehen. Darüber hinaus muss der Zustand des „Nichtstuns“ wieder erlernt werden. Dabei lernen die Betroffenen, Pausen einzuhalten, Zeit mit für sich einzuplanen und dem Körper Ruhe und Anerkennung für das Geleistete zu gönnen. (S.18)

Breuer und Kleinert (2009) machen eine Unterteilung in präventive und behandelnde oder rehabilitative Ansätze. Dabei soll durch Prävention das Bewusstsein für die Sportsucht geschaffen werden. Ziel ist es, dass die Sportlerin oder der Sportler die Gefahr eines exzessiven Sporttreibens (er-)kennt und eine mögliche Gefährdung bei sich selber wahrnimmt. Als wichtiger Schritt wird die Aufklärungsarbeit mittels Publikationen und Medienpräsenz erwähnt, welche mögliche Betroffenen erreichen sollen. Im sekundärpräventiven Bereich sollen Risikofaktoren festgelegt werden und in die Sportsuchtdiagnostik einfließen. Dabei können Checklisten für die Bestimmung eines sportsüchtigen Verhaltens in der Praxis Anwendung finden (vgl. Kapitel 4.4.2). Im Rahmen der professionellen therapeutischen Behandlung kann der Ansatz der Selbsthilfestrategie

angewendet werden. Dabei wird versucht, gewohnte bewegungsabhängige Aktivitätsmuster zu durchbrechen und mit anderen Bewegungsabläufen zu ersetzen. Diese neuen Aktivitäten sollen definierte Regenerationszeiten einhalten und als Entspannungsmöglichkeit dienen. Dabei ist es wichtig, den Betroffenen die gesundheitliche Relevanz eines gemäßigten Sportverhaltens aufzuzeigen. Der Selbsthilfeansatz bietet die Möglichkeit, selbstständig Lösungsstrategien zu entwickeln. Im Rahmen einer therapeutischen Intervention, können gemeinsam wichtige Selbstmanagementstrategien entwickelt und schrittweise umgesetzt werden. Als Ziel und Motivation der sportsüchtigen Person kann der Aufbau der Selbstkontrolle gelten. Stützend auf dem im Vorfeld dargestellten Entwicklungsmodells (vgl. Abbildung 3, S. 50), kann die Förderung der sozialen Interaktion in Form einer sportlichen Gruppenaktivität sinnvoll sein. Zudem können Freizeitaktivitäten aufgezeigt werden, welche ausserhalb des sportlichen Rahmens stattfinden. Das Bewegungsverhalten soll an Umfang und Intensität angepasst werden. Die persönlichkeitsbezogene Veränderung gelingt durch den Aufbau von Selbstkontrolle und über die Stärkung der psycho-physischen Aspekte im Sinne eines verbesserten Körpergefühls und durch Einhaltung von Pausen und Erholungszeiten.

(S. 211-212)

Die Herausforderung in der Entwicklung der beraterischen und therapeutischen Interventionen liegt darin, Prinzipien und Methoden, wie sie in den Kapitel 2.1.4, 3.2.4 sowie 4.4.4 beschrieben werden, auf das Setting Sportsucht zu übertragen und anzuwenden. (Breuer & Kleinert, 2009, S. 214)

4.5 Parallelabhängigkeit

In den Ausführungen von Knobloch, Allmer und Schack (2000) wird der Zusammenhang von Sport und Essstörungen (Magersucht, Bulimie) aufgegriffen. Konkret wird diskutiert, inwiefern sich die beiden Krankheitsbereiche gegenseitig beeinflussen und ob eine gemeinsame „Ursache- und Wirkungsbeziehung“ besteht.

In der Definition des ICD-10 zu Anorexia Nervosa (Magersucht) wird als Symptom eine körperliche Hyperaktivität beschrieben, welche sich in übertriebenen Bewegungsaktivitäten zeigt (ICD-10 Essstörungen: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f50-f59.htm>).

Während bei diesem Krankheitsbild der eindeutige Auslösefaktor das Essen darstellt, ist bei der Sportsucht die umgekehrte Ursache zu erkennen: Eine erzwungene Verminderung des exzessiven Sportverhaltens kann zu bulimischen Reaktionen und psychischen Folgestörungen führen. Bei beiden Krankheitsbildern sind ähnliche bzw. überlappende Symptomaten festzustellen. Darunter fällt die Vernachlässigung physischer Bedürfnisse, in

dem Hunger und Schmerz ignoriert werden und gleichzeitig ein körperliches Idealbild angestrebt wird.

Von grosser Bedeutung ist in diesen Fällen, dass durch die Gewichtsabnahme zunächst eine Leistungsverbesserung und positive Rückmeldungen durch die Trainingsperson und das soziale Umfeld erfolgen. Das hohe Ansehen des Sports in der Gesellschaft trägt dazu bei, dass das soziale Umfeld bei einer Leistungssteigerung und bei einer Gewichtsreduktion getäuscht wird und ausschliesslich auf die positiven Komponenten der sportlichen Betätigung achtet.

Insbesondere Frauen in prädestinierten Sportarten wie Ballet, Kunstturnen und Leichtathletik weisen eine Tendenz zur Magersucht auf. Eine erhöhte Gefahr besteht auch bei Langstreckenläuferinnen. Der Schweregrad der erfassten Störungen ist anhand der meist verwendeten Fragebögen nicht eindeutig zu beantworten. Knobloch, Allmer und Schack (2000) gehen von einer eher geringen Fallzahl aus. Demgegenüber zeigt sich in einer grossen Studie von norwegischen Spitzenathletinnen im Jahr 1993, dass fast 40% der Befragten aus den prädestinierten Sportarten an Magersucht oder Bulimie leiden. (S. 195-199)

Die „anorexia athletica“ ist eine weitere Form des exzessiven Sporttreibens. Sie basiert auf einer extremen, jedoch kontrollierten Gewichtsreduktion mit dem Ziel der Leistungsverbesserung. Die Betroffenen sind jedoch meist noch in der Lage, ihre Ernährung zu kontrollieren und wieder umzustellen. Demgegenüber tritt die sekundäre Sportsucht nur in Verbindung mit Kriterien der Magersucht auf, insbesondere mit der Furcht der Gewichtszunahme. Primäres Ziel der sekundären Sportsucht ist es, Kalorien zu verbrennen und Gewicht zu verlieren. (S. 199-201)

Folgendes Modell von Knobloch, Allmers und Schack (2000) beschreibt die Entwicklung und die Wirkung von Sport- und Magersucht:

4.6 Empirische Daten

Breuer und Kleinert (2009) beziehen sich auf verschiedene Studien, welche von ihnen zusammengefasst wurden.

Konkrete Zahlen zur Häufigkeit des Phänomens liegen im deutschsprachigen Bereich nicht vor. Auch die internationale Literatur gibt kaum Auskunft über Prävalenzzahlen. In einer Studie im angelsächsischen Raum werden je nach Stichprobe zwischen 3 und 13 % der Befragten als grundsätzlich gefährdet definiert. Da nur ein gewisser Bevölkerungsanteil regelmässig Sport macht (in der Schweiz aktuell 40%), kann in der Gesamtbevölkerung von einer geringen Prävalenzrate ausgegangen werden. Grundsätzlich muss zwischen einer potentiellen Gefährdung und einer manifesten Störung der Sportsucht unterschieden werden, so dass bei einer vorsichtigen Schätzung davon ausgegangen werden kann, dass ungefähr jede/jeder 100ste SportlerIn vereinzelt Auffälligkeiten aufweist, jede/jeder 1'000ste SportlerIn manifeste Störungsmerkmale besitzt und jede/jeder 10'000ste SportlerIn behandlungsbedürftig ist. Demnach stellt die primäre Sportsucht ein eher selteneres Problem dar. In Deutschland wird die Betroffenenzahl auf etwa 1000 Personen geschätzt. Prävalenzzahlen der sekundären Sportsucht dürften hierbei um ein Vielfaches höher ausfallen. Die Bedeutsamkeit der Sportsucht lässt sich aus den Hinweisen von Praxisexperten ableiten. So schätzen Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten im Rahmen einer Studie 6% der verletzten Athletinnen und Athleten als auffällig und sportsuchtähnlich ein. (S. 192-193)



Forschungsmethodik

5 Forschungsmethodik

In diesem Kapitel werden Überlegungen zur Methodenwahl, zur Forschungsfrage sowie der Ablauf der qualitativen Erhebung beschrieben. Dabei werden die Auswahl der Interviewpersonen, die Datenerhebung sowie die Auswertung der Ergebnisse erläutert.

5.1 Auswahl der Forschungsmethode

Für den empirischen Teil der Bachelorarbeit ist es wichtig, Überlegungen über die geeignete Methodenwahl zur Beantwortung der Forschungsfrage anzustellen. Ziel der Arbeit ist, eine Bestandesaufnahme im deutschsprachigen Raum zum Phänomen der Sportsucht durchzuführen und daraus Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abzuleiten. Dabei wird das Leitfadenterview als geeignete Forschungsmethode der qualitativen, empirischen Sozialforschung gewählt. Das Leitfadenterview eignet sich insofern für die Beantwortung der Forschungsfrage, da durch die offen formulierten Leitfragen bei den Interviewten das Wissen gezielt abgefragt werden kann und somit die relevanten Aspekte des Themas sicherlich angesprochen und erfasst werden können. Durch die im Vorfeld festgelegten Unterfragen ist es möglich, gezielte Nachfragen zu stellen, um restliche Wissenslücken zu füllen. Da die verschiedenen Interviews mit demselben Leitfaden durchgeführt werden, können die Daten auch verglichen werden. Durch die flexible Handhabung des Leitfadens kann den Fachpersonen sowie den Direktbetroffenen Raum für ihre Kenntnisse und Ansichten gelassen werden. Der Leitfaden dient vorwiegend als Orientierung und Gedankenstütze. (Jürgen StremLOW, 2006, S. 1-3)

Als eine Form des Leitfadenterviews wird für diese Arbeit das Expertinnen- und Experteninterview gewählt. Von Otto Horst Mayer (2009) wird das Experteninterview folgendermassen beschrieben:

„Der Befragte ist hier weniger als Person (wie z.B. bei biographischen Interviews), sondern in seiner Funktion als Experte (sic!) für bestimmte Handlungsfelder interessant.“ (S. 37)

Die gewählten Fachpersonen sind dabei insofern Expertinnen und Experten, dass sie Auskunft über ihre Kenntnisse und Erfahrungen zum Thema Sportsucht geben können. Bezüglich der Direktbetroffenen hat diese Interviewform den Vorteil, dass die Personen neue Gesichtspunkte für diese Thematik aufzeigen können und gleichzeitig auch gezielte Nachfragen von den Interviewerinnen gestellt werden können, um konkrete Aspekte des „Krankheitserlebens“ anzusprechen, die nur die Direktbetroffenen beantworten können.

5.2 Forschungsfragen

Die im Kapitel 1.4. bereits dargelegte Hauptfrage soll im Rahmen der Forschungsarbeit beantwortet werden. Folgende Unterfragen wurden zusätzlich zur Beantwortung der Hauptfragestellung formuliert:

- Was wird unter dem Begriff der Sportsucht verstanden, resp. welche Indikatoren, Erklärungsansätze zur Entstehung und Auswirkungen der Sportsucht sind bekannt?
- Wer ist vorwiegend davon betroffen und wie verbreitet ist das Phänomen der Sportsucht?
- Welche sozialen Folgeprobleme entstehen bei der Sportsucht?
- Was kann die Soziale Arbeit zum Thema Sportsucht beitragen?
- Welchen Nutzen kann die Soziale Arbeit aus den Ergebnissen dieser sozialwissenschaftlichen Forschungsarbeit ziehen?

Die Untersuchung der Unterfragen führt zu der Hauptforschungsfrage, welche durch diese Bachelorarbeit beantwortet wird:

Welche Rolle spielt das Phänomen der Sportsucht in der Sozialen Arbeit und welche Handlungsempfehlungen können demzufolge für die Soziale Arbeit abgeleitet werden?

5.2.1 Gesprächsleitfaden

Mayer (2009) erwähnt als Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens ein Konzept, welches sich aus theoretische und empirische Überlegungen der Verfasserinnen zusammensetzt. Dabei geht es um eine möglichst umfassende Berücksichtigung des zu behandelnden Themas sowie um die wesentlichen Aspekte, welche sich an der Problemstellung der Untersuchung orientieren. Zudem sollen die definierten Fragen in verschiedene Themenschwerpunkte eingeteilt werden. Diesen Schwerpunkten werden entsprechende Unterfragen zugeordnet. (S. 43-44)

Um die eingangs deklarierten Forschungsfragen zu beantworten, werden von den Autorinnen drei verschiedene Gesprächsleitfaden für die jeweilige Expertengruppen entwickelt. Folgende Themenschwerpunkte werden für die Gesprächsleitfaden definiert:

Fachpersonen aus dem Bereich Sport und/oder Sucht:

- Bei der Befragung der Fachpersonen aus den Bereichen Sportsoziologie, Sportpsychologie und Psychologie (*Expertengruppe 1*), wird bei der Erstellung des

Gesprächsleitfadens der Fokus auf die Bekanntheit des Phänomens der Sportsucht in den jeweiligen Fachbereichen sowie auf den Stellenwert des Sports in der Gesellschaft gelegt. Zudem wird das Interview mit einer zukunftsprognostischen Frage bezüglich der weiteren Entwicklung der Sportsucht abgeschlossen. Diese Daten dienen zur Ergänzung der theoretischen Ausführungen mit dem Ziel, einen Vergleich zwischen Theorie und Praxis zum Thema Sportsucht zu machen.

Sozialarbeitende:

- Im Gesprächsleitfaden der Sozialarbeitenden (*Expertengruppe 2*) wird der Schwerpunkt auf die methodischen und fachlichen Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Suchtberatung generell und spezifisch in der Sportsucht gelegt. Zudem ist die Frage nach verschiedenen Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht im Gesprächsleitfaden integriert. Für die Autorinnen ist es wichtig, die Fallbeschreibung der sportsüchtigen Personen aufzugreifen, um ein erstes Bild über die Problematiken und Handlungsmöglichkeiten zu erhalten. Die Frage bezüglich des Stellenwerts des Sports in der Gesellschaft wird bei dieser Expertengruppe zwar gestellt, aber weniger gewichtet.

Direktbetroffene:

- Die Fragen an die *Direktbetroffenen* beziehen sich auf die Entstehung, den Verlauf sowie den Ausstieg aus der Sportsucht aufgrund der persönlichen Suchtgeschichte. Dabei ist insbesondere die Therapievariante, welche beim Ausstieg aus der Sportsucht hilfreich war, ein wichtiger Aspekt in dieser Befragung. Durch diese Fokussierung wird ein neuer Blickwinkel auf das Thema generiert. Diese Aussagen können für die Ableitung der Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit eine verwendet werden.

Bei den Fachpersonen der Expertengruppe 1 liegt der Fokus auf den gesellschaftlichen Bedingungen, welche sich auf das Thema Sportsucht beziehen (Makroebene). Die befragten Sozialarbeitenden sollen das Handlungsfeld der Sozialen Arbeit in Bezug auf das Thema Sportsucht aufzeigen (Mesoebene) und durch die Direktbetroffenen soll die individuelle Betroffenheit dieser Sucht erfasst werden (Mikroebene). Durch diese Auswahl der Expertinnen und Experten kann das Phänomen der Sportsucht auf allen Ebenen empirisch aufgegriffen werden.

Die entwickelten Gesprächsleitfaden für die Expertengruppe 1, 2 und der Leitfaden der Direktbetroffenen sind im Anhang A, B und C beigefügt.

5.3 Sampling

Da bei der qualitativen Forschung nicht ganze Gruppen befragt und erfasst werden können, müssen die Forschenden eine sogenannte Stichprobe (Auswahl gewisser Interviewpersonen) durchführen (Mayer, 2009). Zu beachten ist, dass durch die Leitfadeninterviews mit den Expertinnen und Experten entsprechend neue Erkenntnisse gewonnen werden, damit die Hauptfragestellung sowie die Unterfragen beantwortet werden können. (S. 37-43).

5.3.1 Deduktive Stichprobenziehung

Nach Mayer (2009) gilt als Expertin oder Experte, wer über ein klar definiertes Gebiet an Wissen verfügt, welches wiederum für die Fragestellung von Bedeutung ist. Laut Marius Metzger (2008) wird bei der sogenannten „deduktiven Stichprobenziehung“ die Stichprobe vor Beginn des eigentlichen Forschungsvorgangs anhand spezifischer Kriterien festgelegt. Ausgehend von der konkreten Forschungsfrage, legen die Verfasserinnen verschiedene Kriterien fest, um die Auswahl der Expertinnen und Experten zu treffen. (S. 1)

Eines der festgelegten Kriterien ist, dass die zu befragenden Personen aus verschiedenen Fachrichtungen stammen, die mit dem Thema Sport und/oder Sucht vertraut, jedoch nicht in der Sozialen Arbeit tätig sind. Diese Personen bilden die erste Expertengruppe. Ziel der Befragung dieser Personen ist es, die Bekanntheit der Sportsucht in verschiedenen Fachdisziplinen zu erfragen und die theoretischen Grundlagen durch diese empirischen Ergebnisse zu ergänzen.

Die 2. Expertengruppe, ist diejenige der Sozialarbeitenden. Die Gruppe soll den Bogen zur eigentlichen Forschungsabsicht schlagen und den Kenntnisstand der befragten Sozialarbeitenden zum Thema Sportsucht sowie den aktuellen Einfluss der Sportsucht auf Interventionen in der Sozialen Arbeit erforschen.

Eine letzte Gruppe, um zusätzlich die individuellen Erfahrungen zum Thema Sportsucht zu erfahren, bildet diejenige der ehemaligen Direktbetroffenen.

Die Suche nach den entsprechenden Interviewpersonen schränkt sich die auf den deutschsprachigen Raum der Schweiz ein.

5.3.2 Kontaktaufnahme

Aufgrund der bereits vorhandenen Berufserfahrung der Autorinnen im Tätigkeitsfeld der Psychiatrie, kann eine Vielzahl sozialer Institutionen mittels E-Mail angeschrieben werden. Es handelt sich dabei vorwiegend um Sozialberatungszentren, Sozialdienste sowie –ämter,

psychiatrische Ambulatorien sowie psychiatrische Kliniken aus den Kantonen Luzern, Zug und Uri. Weiter werden Personen, die in irgendeiner Form mit dem Thema Sport zu tun haben (Sportsoziologie, Sportpsychologie, Sportunterricht und Sportmedizin), aus den Kantonen Luzern, Zürich, Aargau, Basel-Stadt, St. Gallen, Uri, Schwyz, Nidwalden und Obwalden angefragt. Infolge der fehlenden Erfahrung mit dem Thema Sportsucht, ist der Rücklauf von positiven Interview-Zusagen sehr gering. Trotzdem finden sich insgesamt sieben Fachleute (vier Sozialarbeitende und drei weitere Fachpersonen), die sich bereit erklären, über ihre Erfahrungen zum Thema Sportsucht Auskunft zu geben. Durch eine Mitstudierende der Hochschule Luzern Soziale Arbeit und eine Sportstudentin der Universität Bern können zwei Personen eruiert werden, die selber von der Sportsucht betroffen gewesen. Aus Mangel an zeitlichen Ressourcen lassen sich aus dem Bereich der Sportmedizin bis zum Schluss, auch nach mehrmaliger Nachfrage, keine Personen finden, die das Leitfadeninterview durchführen können. Im Anhang D ist eine Tabelle ersichtlich, in welcher jegliche Interviewdaten, die Standorte sowie die Institutionen aufgeführt sind.

Wichtig ist zu erwähnen, dass durch die Tabelle bei der ersten sowie zweiten Expertengruppe teilweise Rückschlüsse auf die einzelnen befragten Personen gezogen werden können. Dies ist jedoch im Vorfeld mit allen Interviewpersonen offen und transparent besprochen worden. Die Befragten haben eine entsprechende Einverständniserklärung unterschrieben. Bei den Leitfadeninterviews mit den ehemaligen Direktbetroffenen ist von Anfang an klar deklariert worden, dass die Daten in anonymisierter Form wiedergegeben werden. Auch hier ist eine entsprechende separate Einverständniserklärung unterschrieben worden.

5.4 Datenerhebung und –aufbereitung

Die Leitfadeninterviews der ersten und zweiten Expertengruppe finden jeweils in den entsprechenden Institutionen statt. Dadurch können die Autorinnen einen entsprechenden Einblick in die Institutionen erhalten. Der Zeitaufwand kann dadurch für die Befragten in Grenzen gehalten und die vorhandenen Räumlichkeiten können genutzt werden. Die Interviews mit den beiden Direktbetroffenen werden auf ihren Wunsch hin an der Hochschule Luzern Soziale Arbeit durchgeführt. Dies ermöglicht den beiden Befragten ermöglicht, trotz der persönlichen Betroffenheit eine gewisse Distanz zum Thema zu schaffen.

Der Leitfaden mit den jeweiligen Leitfragen sowie die Einverständniserklärung werden den Fachpersonen und den Direktbetroffenen einige Tage vor dem Interviewtermin per E-Mail zugestellt. Weitere Nachfragen stellen die beiden Interviewerinnen je nach Bedarf während dem Gespräch. Infolgedessen kann den Befragten der nötige Freiraum gelassen werden.

Die Interviews werden mit dem Audio-Programm „Audacity“ auf zwei verschiedenen Laptops aufgezeichnet. Die Gespräche dauern jeweils zwischen 60-90 Minuten.

Zu Beginn des Interviews werden die Expertinnen und Experten sowie die ehemaligen Direktbetroffenen nochmals darüber informiert, aus welchem Grund die Thematik der Sportsucht bearbeitet wird, wozu die Leitfadeninterviews durchgeführt werden und was mit den Daten daraufhin geschehen wird. Mit einer allgemeinen Einstiegsfrage wird jeweils in das Leitfadeninterview eingeführt.

Da die Leitfadeninterviews elektronisch aufgezeichnet werden, kann sich jeweils eine Interviewerin voll und ganz den Befragten widmen. Die andere Interviewerin fertigt jeweils zusätzlich Handnotizen an.

Laut Mayer (2009) empfiehlt es sich, vor der Durchführung der eigentlichen Leitfadeninterviews ein sogenanntes Probeinterview (Pretest) durchzuführen (S. 44-46). Vor dem ersten Interview kann mit einer angehenden Sozialarbeiterin ein solcher Pretest gemacht werden. Diese Daten werden für die Arbeit nicht ausgewertet. Durch die Rückmeldungen können jedoch letzte Anpassungen am Leitfaden vorgenommen werden.

Um in einem weiteren Schritt die gemeinsamen Themen und Aussagen der Interviews herausarbeiten und vergleichen zu können, müssen im Vorfeld sogenannte Transkripte erstellt werden, die als Grundlage für die Auswertung dienen (Mayer, 2009, S. 47-48). Mit einem spezifisch für die Erstellung von Transkripten hergestellten Programm F4 (www.audiotranscription.de), werden die gesamten Interviews sukzessive Wort für Wort festgehalten.

5.5 Datenauswertung

Aufgrund der hohen Datenmenge der neun durchgeführten Leitfadeninterviews, wird die Auswertungsmethode nach Claus Mühlfeld gewählt (Mayer, 2009, S. 47-51). Die Datenmenge kann sonst nicht in adäquater Weise bewältigt werden. Die Auswertungsmethode nach Mühlfeld ist zeitlich sowie ökonomisch weniger aufwendig, als andere Auswertungsverfahren.

Der Fokus liegt bei diesem Auswertungsverfahren auf den reinen Gesprächsinhalten. Weder Intonationen, lange Pausen oder nonverbale Kommunikationselemente werden bei der Analyse berücksichtigt.

Mühlfeld schlägt zur Auswertung ein sechsstufiges Verfahren vor. Nicht jeder Satz wird für die Analyse herangezogen, sondern es werden Problembereiche, die den Fragen des Leitfadens zugeordnet werden können, bearbeitet.

Die sechs Stufen, an welchen sich die Verfasserinnen orientieren, setzen sich wie folgt zusammen:

1. Stufe: Hier werden alle wichtigen Aussagen markiert, welche den entsprechenden Hauptfragen des Leitfadens zugeordnet werden können. Dadurch wird eine erste Grobeinteilung der Datenmenge ermöglicht.
2. Stufe: Das Interview wird in Kategorien aufgeteilt. Den spezifischen Nachfragethemen werden die passenden Antworten aus den verschiedenen Interviews derselben Expertengruppe zugeordnet. Hierbei erscheint es den Verfasserinnen sinnvoll, die unterschiedlichen Kategorien in Tabellen einzuteilen. Pro Interviewgruppe wird eine Tabelle erstellt, damit zunächst eine Übersicht innerhalb derselben Gruppe geschaffen werden kann. Anhand dieser Kategorien und Tabellen werden auch die unterschiedlichen thematischen Schwerpunkte ersichtlich. Ein Auszug dieser umfangreichen Tabellen ist im Anhang E beigefügt.
3. Stufe: In einem weiteren Schritt wird eine innere Logik zwischen den diversen Einzelinformationen innerhalb der verschiedenen Interviewgruppen hergestellt. Den im Vorfeld definierten Themen-Kategorien werden die passenden Abschnitte der verschiedenen Gruppen zugeordnet. Somit können Übereinstimmungen, Widersprüche sowie Uneinigkeiten herausgearbeitet werden.
4. Stufe: Diese innere hergestellte Logik wird in einem Fliesstext festgehalten und die Zuordnung dieser Passagen noch weiter präzisiert, mit weiteren Details versehen und differenziert. Teilweise werden im Text auch Tabellen sowie Aufzählungen eingefügt, um eine Übersicht im Text zu schaffen und zu erhalten.
5. Stufe: Nach dem Erstellen des Berichts über die Ergebnisse der einzelnen Interviewgruppen, werden die verschiedenen Themen-Kategorien zusätzlich mit prägnanten und aussagekräftigen Zitaten ergänzt.
6. Stufe: Bei der letzten Stufe geht es darum, die Auswertung in der Bachelorarbeit darzustellen (vgl. Kapitel 6). Der Bericht enthält keine weiteren Interpretationen oder Ausführungen. Die Interpretation sowie die Diskussion erfolgen im separaten Kapitel 7.

(Mayer, 2009, S. 47-51)



Forschungsergebnisse

6 Forschungsergebnisse

Im nachstehenden Kapitel werden die wesentlichen Resultate aus den Interviews der beiden Expertengruppen präsentiert. Die Ergebnisse werden anhand von auserwählten Oberthemen selektiert, zusammengefasst und mit wichtigen Aussagen der Expertinnen und Experten ergänzt. Die Zahlen vor den Zitaten weisen auf die jeweilige Expertin oder den jeweiligen Experten hin, welche die Aussagen gemacht hat. Zur Abrundung des Kapitels werden spezifische Erfahrungen von zwei Direktbetroffenen erläutert.

Es werden jeweils fünf Themenschwerpunkte festgelegt. Sinn der Unterteilung in die drei diversen Gruppen ist es, die verschiedenen fachlichen Ansichten zu diesen Themen zu erfassen.

6.1 Ergebnisse aus den Interviews der Expertengruppe 1

In den folgenden Ausführungen werden die wesentlichen Inhalte aus den Interviews mit den drei Expertinnen und Experten aus den Bereichen Sportsoziologie (Institut in Zürich) (1), Sportpsychologie (BASPO in Magglingen) (2) sowie der Psychologie (Klinik Wysshölzli in Herzogenbuchsee) (3) festgehalten. Die Kernaussagen der Interviews werden in Kapitel eingeteilt und zusammenfassend aufgelistet. Wichtige Ausführungen werden dabei durch die Wiedergabe von Zitaten verstärkt.

6.1.1 Stellenwert des Sports in der Schweizer Bevölkerung

Von allen Expertinnen und Experten wird Sport durchgehend als unkritisch positiv bewertet. Die gesundheitsfördernde Wirkung und die Förderung der Gesundheit durch körperliche Aktivität auf Bundesebene, werden von der Expertengruppe als wichtige Einflussfaktoren für das Sportgeschehen angesehen. Sport wird ausserdem als zentrales Präventionsmittel gegen psychische Erkrankungen, wie der Depression eingesetzt. Die Bewegungsarmut wird als Faktor für viele Erkrankungen gesehen. Ein Interviewpartner weist darauf hin, dass der Sport als Schutzfaktor anzusehen ist und positive Auswirkungen auf die Entwicklung von Selbstkompetenzen hat, wie die Aufwertung des Selbstwertgefühls, die Veränderung des Selbstbildes und ein Kompetenzgewinn der Leistungsverbesserung. Dank Sport kann ein sozialer Austausch entstehen, wodurch ein Zugehörigkeitsgefühl verstärkt werden kann.

Die Befragten führen aus, dass die sportlich aktiven Personen in der Ausübung der Aktivität einen Sinn erkennen, da der Sport eine Struktur gibt und sich positiv auf den psychischen und physischen Zustand auswirkt. Bewegung wird zudem als eine Möglichkeit angesehen, aus einer zivilisierten Gesellschaft auszubrechen. Die körperliche Aktivität kann als Ventil

dienen, um den Körper zu spüren und Emotionen zuzulassen. Negative Aspekte des Sports passen nicht ins heutige Gesellschaftsbild. Dies verstärkt das positive Bild, welches mit Sport in Verbindung gebracht wird. Aberkennende Gesichtspunkte werden vom Sportsystem selbst nicht gesehen oder nicht thematisiert. Einzig die körperliche Verletzungsgefahr und die möglichen Überlastungsschäden, die durch den Sport entstehen können, werden vom Sportpsychologen genannt.

Alle Befragten sind sich darüber einig, dass die heutige Gesellschaft stark von äusseren Werten der Leistung und Dynamik geprägt ist. Zunehmend findet eine Kommerzialisierung des Sports statt. Die Angebote im Bereich der Fitnessindustrie und der Sporternährung werden laufend ausgebaut und das Sportverhalten mittels positiver Bestärkung durch das Umfeld beeinflusst.

3.: „Der Druck entsteht ja eigentlich bei den Mitmenschen. Es gehört ja schon fast ein wenig zum guten Ton, man macht etwas...Sportlich zu sein, erhöht schon fast das Prestige...“

Der wirtschaftliche Gewinn durch den Sport ist immens. Die Sportindustrie (Sportveranstaltungen, Fitnessstudios, Bekleidungsindustrie etc.) leisten einen enormen Beitrag zum Bruttosozialprodukt. Politische hat der Sport einen hohen Stellenwert erreicht, was sich auch beim Ausbau von Sportangeboten und –anlagen zeigt. Dies führt dazu, dass der Sport ein so bedeutendes Ansehen in der heutigen Gesellschaft erreicht hat. Vom Sportsoziologen wird erwähnt, dass der heutige Stellenwert des Sports in das individualisierte Gesellschaftsbild passt. In diesem Zusammenhang wird der kontroverse Aspekt der steigenden Gesundheitskosten bei einer gleichzeitig zunehmenden, gesundheitsbewussten Gesellschaft aufgegriffen. Der Experte nimmt dazu Bezug auf das frühere Ansehen des Sports, welches vor 100 Jahren bestand. Damals galt Sport als grundsätzlich „zweckfrei“ und hat, im Vergleich zum heutigen Standpunkt, keinen so grossen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit und den Stellenwert einer Gesellschaft genommen.

1: „Man sagt ja manchmal, Sport ist die schönste Nebensache der Welt, ob das stimmt oder nicht, sei dahin gestellt. Aber wenn man es anschaut, und dies geht bereits schon in die Sportsuchtproblematik, ist es für viele Leute nicht mehr nur die schönste Nebensache der Welt, sondern es ist zu einer Hauptsache geworden.“

1: „Sport fängt an Ansprüche zu stellen. Das heisst, wir wollen Turnhallen und Fussballplätze und so weiter. Von daher hat er einen hohen Stellenwert. Er ist sicher nicht der absolute zentrale Lebensbereich für unsere Gesellschaft, das ist Politik und Arbeit. Aber er hat im Leben vieler Menschen, vor allem auch in deren Freizeit, einen sehr hohen Stellenwert erreicht.“

6.1.2 Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht

Alle Befragten erachten die Begriffsdefinition, ab wann eine Person als sportsüchtig angesehen werden kann, als schwierig. Zwei der Expertengruppe 1 haben wenig spezifische Kenntnisse über die Sportsucht. Das Thema wird vorwiegend über die Medien wahrgenommen. Der interviewte Sportpsychologe kennt die Sportsucht. Im Sportpsychologieunterricht an der Hochschule für Sport in Magglingen ist die Thematik der „physischen und psychischen Abhängigkeit regelmässiger Bewegung bzw. regelmässigen Sports“ Bestandteil der Ausbildung zur/zum SportlehrerIn. Als Diagnosekriterien für die Bestimmung einer Sportsucht, nennt der Experte Entzugssymptome, die nach einer Sportpause von 24-36 Stunden auftreten können und welche sich durch Angst, Reizbarkeit, Muskelzucken, Nervosität und Schuldgefühle zeigen können. Psychische Störungen können in Form von Veränderungen der Stimmungslage (affektive Störungen) auftreten. Grundsätzlich kann von einem stereotypen Verhalten ausgegangen werden, was sich durch ein intensives Training mehrmals täglich zeigt. Dabei verlieren die Betroffenen die Kontrolle über die Menge und die Intensität des Sports, der betrieben wird. Ein weiterer Punkt betrifft die weitere Durchführung des Trainings trotz einer Verletzung. Diese diagnostischen Kriterien sind jedoch noch nirgends klar definiert und es gibt auch keine psychiatrische Diagnose zu diesem Thema. Zudem werden fehlende Betroffenenzahlen im deutschsprachigen Raum angesprochen, zu welcher es kaum Literatur gibt.

Bei der ersten Expertengruppe wird häufig ein Zusammenhang zwischen einer Sportsucht und einer Essstörung gesehen. Die Unterscheidung in eine primäre und sekundäre Sportsucht ist bei den Befragten jedoch nicht bekannt. Im Bereich der sekundären Sportsucht wird von einer hohen Fallzahl ausgegangen.

Weiter wird von einer Expertin eine Grauzone in der Definition zwischen Hochleistungssport und Sportsucht gesehen. Eine Essstörung im Hochleistungssport wird unter dem Begriff der „anorexia athletica“ verstanden. Der Sportpsychologe fügt an, dass eine Sportsucht nicht auf Wettkampfebene vorkommen kann, da die Gefahr der Leistungseinbusse zu gross ist, um dieses Risiko einzugehen. Zudem halten sich HochleistungssportlerInnen an klare Regenerationszeiten. Der Experte sieht in diesem Kontext eine Gefahr im Übertraining, wobei beim Übertraining in der Regel nicht zu viel oder zu hart trainiert wird, sondern eine Diskrepanz zwischen Belastung und Erholung besteht.

6.1.3 Erklärungsansätze und Auswirkungen der Sportsucht

Da die Fachpersonen nur teilweise mit der Sportsucht und dessen Entstehung vertraut sind, müssen folgende Ausführungen als hypothetische Annahmen angesehen werden.

Die Expertin erwähnt das vierstufige Suchtmodell (vgl. Kapitel 3.2.2) in welchem der Suchtverlauf beschrieben wird. Zu Beginn verspürt eine betroffene Person eine Erleichterung; der Konsum oder das Verhalten wirkt sich positiv auf die Befindlichkeit aus. Sukzessive entwickelt sich jedoch aus dem Konsum oder dem exzessiven Verhalten heraus eine Art Zwang.

3: „Nur so gerät man ja in eine Sucht. Sonst würde man gar nicht hineingeraten, wenn man am Anfang keine Erleichterung spüren würde. Das erste positive Gefühl führt dazu, dass das Verhalten wieder ausgeübt wird. Und da sich ein positives Gefühl einstellt, dass die Negativen zur Seite stellt, wird es immer wieder gemacht. Wenn das einmal jahrelang so funktioniert, ist es schwierig, neue Lösungen zur Problembewältigung zu finden. Irgendwann ist es einfach nur noch ein Zwang. Diese positiven Erfahrungen führen dazu, dass ein Suchtverhalten weiter geführt wird. Das ist ein Erklärungsansatz.“

Von allen Befragten werden ein selbstschädigendes Verhalten und eine Toleranzsteigerung gegenüber dem Sportverhalten beschrieben. Die Sucht stellt mehr und mehr der zentrale Mittelpunkt im Leben der Betroffenen dar. Das Milieu, in welchem sich eine Person aufhält, kann zu einer Beeinflussung des Sportverhaltens beitragen. Als ein weiterer Erklärungsansatz wird die Endorphinhypothese genannt, in dem der Körper die eigentliche Droge, resp. den bewusstseinsverändernden Zustand generiert. Das Zugehörigkeitsgefühl in der Gruppe sowie eine Verhaltenskompensation kann wesentlich zu einem Einstieg in die Sucht beitragen. In diesem Zusammenhang wird von einem der Befragten der Begriff des „sensation seekers“ genannt, bei welchem die Person eine starke Empfindung braucht, um ein psychisches Gleichgewicht herzustellen oder ihre Stimmung zu verbessern und um sich zu spüren.

In der folgenden Auflistung werden Personen sowie Sportarten aufgelistet, welche für die Fachpersonen als prädestiniert für diese Thematik scheinen:

Prädestinierte Personen sowie begünstigende Faktoren	Prädestinierte Sportarten
<ul style="list-style-type: none"> • Perfektionistische Personen • Obsessives Verhalten/Eigenschaften • Gestörte Körperwahrnehmung • Komorbidität • Tiefes Selbstwertgefühl • Problembewältigungsdefizit • Posttraumatische Erlebnisse • Psychische Belastungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Triathlon (Ironman) • Schwimmen • Extrembergsteiger • Fitnessindustrie (Aerobic, Tanzen) • Aquagym • Poweryoga • Kraftsport (Bigorexie) • Ballett • Leichtathletik • Einzel- und Ausdauersportarten

Tabelle 2: Übersicht über prädestinierte Sportarten und Personen

Soziale Folgeprobleme werden im Verlust von persönlichen Kontakten sowie der sozialen Isolation gesehen. In dieser Situation rücken die Bereiche Arbeit, Finanzen und Beziehungen in den Hintergrund und werden zunehmend vernachlässigt. Eine Überschuldung durch die hohen Kosten der Sportsucht kann eine weitere Folge sein. Ein Experte erwähnt zudem die körperlichen Auswirkungen, welche sich explizit in folgender Form zeigen können:

- Leistungseinbrüche
- Mangelerscheinungen
- Auszehrungen
- Verletzungen
- Ermüdungsbrüche
- Untergewicht/Unterernährung
- Veränderung des Hormonhaushaltes
- Osteoporosegefahr

Seitens der Expertinnen und Experten wird jedoch davon ausgegangen, dass die Sportsucht keine direkten Auswirkungen auf die Gesellschaft hat, wie dies z.B. bei illegalem Drogenkonsum der Fall ist (Delinquenzgefahr). Es wird betont, dass diese Sucht nicht so hohe Konsequenzen und Auswirkungen auf das soziale Umfeld einer Person hat, wie das bei anderen stoffgebundenen Süchten bekannt ist.

3: *„Ich würde schon finden, dass Sport besser ist als andere Süchte wie Heroin et cetera. Also ja, es ist sicher besser, als harte Drogen zu konsumieren. Ich habe das Gefühl, dass die Folgeschäden oder die Auswirkungen bei der Sportsucht weniger gravierend sind, als mit harten Drogen. Durch chemische Substanzen wird der Körper ja arg in Mitleidenschaft gezogen oder Delinquenz droht. Das ist bei Sportsucht weniger der Fall oder kommt dort eigentlich gar nicht vor.“*

6.1.4 Entwicklung des Phänomens in Zukunft

Der Soziologe erwähnt, dass der Sportboom der letzten 20 Jahren wieder nachlassen, aber der Anteil der Nicht-Aktiven nicht auf 0% zurückgehen wird. Der Differenzierungsprozess der verschiedenen Angebote und Möglichkeiten, die aus dem Sport gezogen werden können, wird jedoch weitergehen. Neue Sportarten entstehen, welche wiederum unmittelbar Einfluss auf die Wirtschaft nehmen werden. Durch die demographische Entwicklung der Bevölkerung, wird eine weitere Zunahme des „Lifetimesports“ von älteren Personen erwartet.

Vom Soziologen wird festgehalten, dass das Gesundheitssystem resp. die Behandelnden ein ökonomisches Interesse daran haben, ein neues Phänomen als Krankheit zu definieren und im ICD-10 aufzunehmen. Dabei müssten laut allen Befragten der Expertengruppe 1 vorerst klare Diagnosekriterien erstellt werden, um eine Aufnahmen zu legitimieren. Ein Problem bei dieser Bestimmung wird darin gesehen, dass sich ein individueller Fall nicht immer in grundsätzlich definierte Kriterien einordnen lässt.

1: *„Ich denke, in 20 Jahren wird es wahrscheinlich nicht viel mehr Sportsüchtige geben, als es heute gibt. Aber sie werden wahrscheinlich früher als Sportsüchtige bezeichnet. Also dort glaube ich tatsächlich, dass das Gesundheitssystem es schafft, unsere Gesellschaft mit neuen Krankheitsbildern zu versorgen und die Krankheitsbilder auch in unseren Köpfen zu verankern und kassentauglich zu machen. Dies ist unter anderem auch ein Grund dafür, wieso unsere Gesundheitskosten so steigen.“*

3: *„Es braucht auch einfach Zeit, bis die Sportsucht als Krankheit er- und anerkannt wird. Aber es besteht die Möglichkeit, falls dieses Phänomen weiter zunimmt, dass auch die Sportsucht oder diese Verhaltensstörungen im ICD-10 registriert werden. Ich selber würde es jetzt auch im Bereich F63, bei der Impulskontrollstörung, einordnen.“*

6.5.1 Interventionsmöglichkeiten

Die befragten Expertinnen und Experten sind sich darüber unsicher, ob in Bezug auf die Sportsucht ein grundsätzlicher Handlungsbedarf besteht oder nicht. Interventionsmöglichkeiten können jedoch von allen Befragten der Expertengruppe 1 genannt werden. In erster Linie soll eine professionelle und adäquate Hilfestellung gewährleistet sein und allenfalls auch weitere Fachstellen miteinbezogen werden (Triage), wenn die Thematik nicht von der entsprechenden Fachperson behandelt werden kann. Im Einzelfall muss die Vorgehensweise individuell bestimmt werden. Die Fachpersonen aus den Bereichen (Sport-)Psychologie empfehlen eine konfrontative Haltung gegenüber der Betroffenen, in dem die Personen direkt auf die vorhandene Problematik angesprochen und die vorhandenen Besorgnisse ausgesprochen werden. Weitere Interventionen oder Behandlungen erfordern jedoch eine Krankheitseinsicht der Betroffenen.

Der verhaltenstherapeutische Ansatz wird von zwei Befragten empfohlen. Das Verhaltensmuster der Person soll durchbrochen und neue Verhaltensweisen eingeübt werden. Versuchsweise wird es den betroffenen Personen nicht erlaubt, die sportlichen Aktivitäten auszuüben. Sie werden beim Aushalten dieses Zustandes eng begleitet. Die damit verbundenen Lernerfahrungen sollen der sportsüchtigen Person zum Ausstieg verhelfen. Die Psychologin misst der Eigenverantwortung einen hohen Stellenwert zu. Zwei Fachpersonen der Gruppe erwähnen den systemischen Ansatz, in welchem das Freizeit- und Beziehungsverhalten analysiert und das Umfeld der betroffenen Person miteinbezogen wird. In Zusammenarbeit mit der Person wird versucht, neue Wege aufzuzeigen, die zu einem Ausstieg verhelfen können. Der Einbezug der Familienmitglieder sowie des sozialen Umfeldes sind in dieser Phase essentiell. Als wichtiges Ziel in der Beratung der Sportsüchtigen wird die Normalisierung des gestörten Körperbildes genannt.

3: „Je länger ein Verhalten andauert, desto schwieriger ist es teilweise, ein neues Verhalten, ein gesundes Verhalten, zu entwickeln. Oder es besteht eben die Gefahr, dass ein weiteres, problematisches Verhalten entsteht. Dadurch entwickeln die Leute unterschiedliche Strategien für problematische Situationen. Und das wird bei der Sportsucht auch ähnlich sein. Jede Person wird individuell ihre Lösungen suchen.“

Interventionsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit aus Sicht der Expertinnen und Experten werden in der Vernetzungsarbeit durch die Abklärung der Nachsorge und der ambulanten Nachbetreuung sowie in der Triage mit anderen Fachstellen und –personen gesehen. Die Soziale Arbeit hat insbesondere im stationären Rahmen die Aufgabe, die Reintegration in den Alltag sowie ein Tagesablauf ausserhalb des stationären Settings gemeinsam mit den Betroffenen aufzubauen. Für eine erfolgreiche Zielerreichung spielt eine gut funktionierende

interdisziplinäre Zusammenarbeit eine entscheidende Rolle. Im konkreten Fall der Sportsucht sehen die Fachpersonen die Aufgabe der Sozialen Arbeit darin, gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten alternative Möglichkeiten zu erarbeiten, welche anstelle des Sports ausgeübt werden können. Ein weiteres Arbeitsfeld ist die Suchtprävention. Dabei kann sich die Soziale Arbeit an Projekten mit Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen beteiligen und Öffentlichkeitsarbeit leisten.

Die Fachpersonen betonen, dass die Soziale Arbeit neue Themen wie die Sportsucht aufgreifen und andere Fachgebiete für diese Thematik sensibilisieren kann. Die Soziale Arbeit soll Tabuthemen aufbrechen und in öffentlichen Diskussionen einbringen.

2: „Überall dort, wo ein soziales Gefüge eine Rolle spielt und ein soziales Feld in Mitleidenschaft gezogen wird, denke ich, ist das ein Bereich der Sozialen Arbeit. Es muss nicht nur die betroffene Person begleitet werden, sondern auch das Umfeld muss betreut und abgeholt werden. (. . . .) Die Prävention ist auch ein Teil, wo sich die Soziale Arbeit einsetzen kann.“

6.2 Ergebnisse aus den Interviews der Expertengruppe 2

Die nachstehenden Erläuterungen dieses Unterkapitels befassen sich mit den essentiellen und resümierten Aussagen der Expertengruppe 2. Die Gruppe besteht aus vier Sozialarbeitenden, die in verschiedenen Institutionen tätig sind:

- Sozialarbeiterin (4) arbeitet im Sozialberatungszentrum (SoBZ) Luzern;
- Sozialarbeiterin (5) arbeitet im Sozialberatungszentrum (SoBZ) Luzern;
- Sozialarbeiter (6) ist im Kontakt Uri (Jugend- und Elternberatung, Suchtberatung, Suchtprävention) in Altdorf tätig;
- Sozialarbeiterin (7) arbeitet auf dem Sozialamt der Stadt Luzern.

Die zusammengefassten Aussagen werden erneut mit spezifischen Zitaten der interviewten Personen ergänzt.

6.2.1 Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht und Erklärungsansätze

Die vier befragten Personen sind sich einig, dass die Gründe für exzessives Sporttreiben vielseitig sind. Zum einen genießt Sport in der Schweizer Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Mit Sport werden automatisch positive Bilder in Verbindung gebracht, wie bspw. ein gutes Körpergefühl, in der Natur sein, etwas zur Gesundheit beitragen und eine Leistung erbringen. Sport gehört, laut den Befragten der Expertengruppe 2, unterdessen „zum guten

Ton“. Oft ist fast schon eine Rechtfertigung nötig, wenn jemand kein Sport betreiben möchte. Viele Personen streben durch Sport ein perfektes Aussehen und eine Leistungssteigerung an. Die Sozialarbeitenden betonen, dass durch Sport neue Grenzerfahrungen gemacht werden. Personen aus dem Spitzensport übernehmen oft eine Vorbildfunktion. Die Unterscheidung zwischen primärer und sekundärer Sportsucht ist nicht bekannt. Auf Nachfrage bestätigen jedoch alle Sozialarbeitenden, schon einmal in einer Form mit einer primären und/oder sekundärer Sportsucht im professionellen Alltag konfrontiert gewesen zu sein. Die Grenzziehung zwischen Spitzensport und Sportsucht, sowie die Unterscheidung zwischen einem leidenschaftlichen Ausüben einer sportlichen Aktivität und einer Sportsucht ist für alle befragten Sozialarbeitenden schwierig.

Weiter sind sich alle Befragten einig, dass das Thema der Sportsucht im öffentlichen Raum kaum diskutiert wird, jedoch regelmässig in den Medien erscheint.

4: „Der Sport hat eine positive Konnotation. Wie stark oder intensiv muss das Leiden sein, damit man es als negativ anschaut? Und das hat mit dem Stellenwert in der Gesellschaft zu tun. Sport und Arbeit sind genial und toll, der Mensch ist super. Oder erfolgreich im Sport sein heisst: Toll, der Mensch ist diszipliniert. Das hat mit ganz vielen positiven Bildern zu tun (. . .), was gleichzeitig zu grossem Leiden und zu negativen Auswirkungen führen kann.“

Die folgende Tabelle nimmt Bezug auf die vier Sozialarbeitenden und ihren spezifischen Fällen von Sportsucht, die sie in ihrer praktischen Tätigkeit erlebt haben.

	Fallbeschreibung	Art der Sportsucht	Beratungsverlauf der Sozialarbeitenden
Sozialarbeiterin 4 SoBZ Luzern	<ul style="list-style-type: none"> Männliche Person, war zunächst Alkoholabhängig und hat daraufhin eine Laufsucht entwickelt sowie mit exzessivem Kickbox-Training begonnen. 	Primäre Sportsucht (Suchtverlagerung)	Betroffener war zunächst wegen dem Alkoholkonsum beim Sozialberatungszentrum. Beraterin erlebt danach mit, dass sich sukzessiv ein exzessives Sportverhalten entwickelt hat.
Sozialarbeiterin 5 SoBZ Luzern	<ul style="list-style-type: none"> Männliche Person, die, in Kombination mit einer Zwangsstörung, ebenfalls sportsüchtig war Immer wieder Fälle von Essstörungen mit stark ausgeprägtem Bewegungsdrang. 	Primäre Sportsucht (Komorbidität) Parallelabhängigkeit	<p>Insgesamt fanden fünf Gespräche mit der Sozialarbeiterin auf der Sozialberatungsstelle ab. Der Inhalt der Gespräche wurde nicht erfragt. Danach hat die Beraterin die betroffene Person an eine andere Fachstelle weiter verwiesen (Triage).</p> <p>In den Fällen von Essstörungen geht es in der Beratung vorwiegend darum, die Gründe für das Verhalten zu eruieren und alternative Verhaltensmöglichkeiten zu finden.</p>
Sozialarbeiter 6 Kontakt Uri	<ul style="list-style-type: none"> Ein spezifischer Fall, männliche Person, die im Vorfeld diverse psychoaktive Substanzen konsumiert hat und momentan exzessiv Sport betreibt. Fälle von sekundärer Sportsucht kommen sehr häufig vor, sowie Fälle von Parallelabhängigkeiten, bei welchen die Essstörung im Vordergrund 	Primäre Sportsucht (Suchtverlagerung) und mehrere aktuelle Fälle sekundärer Sportsucht, vorwiegend bei weiblichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen	Zu Beginn war der Betroffene wegen dem Konsum der psychotropen Substanzen in der Beratung. Die Arbeitsintegration erwies sich als sehr schwierig, da der Betroffene die Zeit stets dem Training widmen wollte. Die Beratung wurde mittlerweile unterbrochen. Da der Sozialarbeiter im selben Dorf wohnhaft ist, sieht er den Betroffenen jedoch nach wie vor sehr oft beim Lauttraining. Die Problematik scheint daher noch nicht überwunden zu sein.

	liegt.	(18-25 Jahren).	
Sozialarbeiter 7 Sozialamt Stadt Luzern	<ul style="list-style-type: none"> Männliche Person, seit 1990 drogenabhängig (Heroin), heute 40 Jahre alt <p>Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> Erster Entzug in einer Psychiatrie– nachstationäre Therapie – Aufbau einer Wohnbegleitung - Rückfälle - erneuter Entzug - wiederum Aufbau der Wohnbegleitung Betroffener hat auf der Strasse ein Hantelgerät gefunden und hat so den Einstieg in das Fitnesstraining gefunden. Später wurde ein Fitnessabonnement finanziert (mittels Spenden). Beginn eines intensiven Trainings. Die Sozialarbeiterin sieht dies klar als Kompensationsverhalten. 	Primäre Sportsucht (Suchtverlagerung)	<p>Nach dem Entzug wurde eine Wohnungsbegleitung über das Sozialamt Luzern eingeführt. Die Sozialarbeiterin begleitet ihn nun bereits seit vier Jahren.</p> <p>Zunächst war der Betroffene noch während seiner Drogenabhängigkeit beim Drop-in Luzern (Substitutions- Institution) in der Beratung. Danach war er bei Ambulatorium Luzern (psychiatrische Behandlung) angeschlossen. Unterdessen nimmt er keine Beratung/Unterstützung mehr in Anspruch, ausser diejenige des Sozialamts sowie die der Wohnbegleitung.</p> <p>In der Zwischenzeit hat die Beratungsperson auf dem Sozialamt gewechselt. Dies geschieht automatisch nach fünf Jahren. Die Arbeitsintegration ist nach wie vor ein ganz schwieriges Thema, da die Arbeitszeiten die Trainingszeiten beeinträchtigen.</p> <p>Mögliches Prozedere: Problematik der vorhandenen Sportsucht ansprechen und Vernetzung mit einer Suchtberatungsstelle</p>

Tabelle 3: Fallbeispiele aus der praktischen Tätigkeit der Sozialarbeitenden

Die folgenden Erklärungsansätze zur Entstehung einer Sportsucht, werden von allen vier Sozialarbeitenden genannt:

- Sport als Mittel sich wieder gut und körperlich fit zu fühlen (z.B. auch nach einer Drogenabhängigkeit);
- Steigerung des Selbstbewusstseins und Aufbau des Selbstvertrauens;
- Flucht vor den Alltagsproblemen;
- schwierige Familiengeschichte;
- andere auftretende psychische Erkrankungen (Komorbidität);
- einen „Kick“ erleben;
- Versagerängste kompensieren;
- Abbau innerer Spannungszustände und Ängste;
- wenig Zukunftsperspektiven;
- Soziales Umfeld hat grossen Einfluss auf:
 - die Suchtentwicklung
 - die Sozialisation
 - das Körperbewusstsein
- den Bezug zum Thema Sport;
- Schule und Arbeit.

Bei der Frage nach den auftretenden Symptomen werden von den vier Sozialarbeitenden übereinstimmend verschiedene Anzeichen genannt. Einerseits richten die Betroffenen ihren gesamten Alltag nach dem Sport aus. Die Sportliche Aktivität wird zum zentralen Lebensinhalt. Soziale Isolation, Rückzug aus der Familie, Abgrenzung gegenüber dem Freundeskreis sowie Schwierigkeiten im Arbeitsteam sind einige direkte Anzeichen davon. Die Direktbetroffenen halten es keinen Tag lang ohne sportliche Betätigung aus, ansonsten zeigen sich Entzugserscheinungen wie Gereiztheit oder depressive Verstimmungen. Sie verlieren dadurch auch die Kontrolle über den Trainingsumfang sowie über die Trainingsintensität. Als letzter Punkt erwähnen die Sozialarbeitenden, dass die Betroffenen durch das exzessive Sporttreiben Mühe habe, Beziehungen aufzubauen oder aufrecht zu erhalten, ausser es handelt sich um Personen, die zu den Trainingseinheiten gehören.

4: „Die Wesenszentriertheit ist etwas, dass ganz viele Nebenwirkungen hat. Man beginnt, das Leben nach einem bestimmten Inhalt zu richten. Es wird über den Mittag trainiert oder man geht nicht mit dem Team zum Mittagessen weil man keine Pizza sondern nur einen Apfel essen will. Man richtet das Leben wirklich nach dem Sport aus. Das kann zu sozialer Isolation, zu Beziehungsschwierigkeiten zu Teamschwierigkeiten führen.“

6: „Also, er hat es keinen Tag lang ausgehalten, ohne Sport.“

6.2.2 Soziale Folgeprobleme

Bis auf wenige Ausnahmen, nennen die vier Sozialarbeitenden dieselben sozialen Folgeprobleme. Dies sind einerseits Probleme bei der Arbeitsintegration. Das exzessive Sporttreiben führt zu zusätzlichen Schwierigkeiten bei der Arbeitssuche, da die Betroffenen den Schwerpunkt auf das tägliche Training und nicht auf die Stellensuche ausrichten. Die Einseitigkeit (Fokus auf den Sport, Vernachlässigung anderer Lebensbereiche) wird als weitere Schwierigkeit genannt. Das wiederum führt zur sozialen Isolation und zu enormen Einschränkungen im Alltag. Das Training muss jeden Tag erfolgen, ansonsten entsteht bei den Betroffenen ein Gefühl von Unwohlsein. Die Betroffenen sind anfälliger auf Verletzungen und leiden trotzdem oft an den Einschränkungen im Alltag. Sozialarbeiter 6 erwähnt, dass sein Klient sogar das Arbeitspensum reduziert hat, damit er den Trainingsumfang ausbauen konnte und er dadurch viel weniger finanzielle Mittel zur Verfügung hatte. Daher kann sich die Sportsucht auch auf die finanzielle Situation der Betroffenen auswirken.

Ein abrupter Abbruch oder Unterbruch des Trainings ist in manchen Fällen kontraproduktiv, da dies zu Herzversagen oder zu Zusammenbrüchen führen kann. Es ist für alle Sozialarbeitenden schwierig, mit den Betroffenen neue Freizeitbeschäftigungen zu finden und das Leben mit neuen Inhalten zu füllen, denn das Aufgeben eines Suchtverhaltens ist für Direktbetroffene oftmals mit dem Gefühl eines grossen Verlustes verbunden.

Sozialarbeiterin 7 betont, dass sich seit dem exzessiven Sportverhalten auch positive Aspekte ergeben haben. So pflegt der Betroffene nun andere soziale Kontakte. Die vorherigen Kontakte beschränkten sich auf die Personen auf der Gasse, die vorwiegend für die Beschaffung der illegalen Substanzen wichtig waren. Durch den Sport ist der Klient zuverlässiger geworden.

Alle vier betonen, dass eine Sportsucht deutlich weniger negative Folgen auf den Charakter und das Wesen einer Person hat, als dies beim Konsum psychotroper Substanzen der Fall ist.

7: „Er will auch nicht nur den Sport in den Mittelpunkt setzen, sondern auch die Arbeitsintegration. Aber sobald er ein frustrierendes Erlebnis hat, dann zieht er sich wieder zurück. Dieses Verhalten hat natürlich auch mit der Frustrationstoleranz zu tun oder den Umgang damit. Ich habe mir auch schon überlegt, wenn er die Energie, die er für den Sport einsetzt, in die Arbeit einsetzen würde, wer weiss, was dann möglich wäre.“

Das Problem einer möglichen Suchtverlagerung ist allen vier befragten Personen bekannt. Sozialarbeiterin 5 und 7 erwähnen in diesem Zusammenhang, dass die Suchtverlagerung darauf hindeutet, dass zwar das eine Suchtverhalten nun behoben ist, die eigentlichen tiefliegenden Probleme aber (noch) nicht gelöst sind und deshalb ein anderes Suchtverhalten, mit ähnlicher Wirkung, ausgeübt wird. Alle vier Befragten ergänzen dazu, dass eine Verlagerung zur Sportsucht, v. a. am Anfang, als sehr positiv bewertet wird oder die Suchtverlagerung zu Beginn gar nicht erkannt wird, da der Sport allgemein sehr positiv besetzt ist.

7: „Wir haben es immer positiv gesehen, obwohl wir wissen, dass es einfach eine Suchtverlagerung ist. Aber zwischen diesen beiden Suchtverhalten muss man vielleicht sagen, dass der Sport im Vergleich ein besseres Verhalten ist. Der Eintausch von der Drogensucht zur Sportsucht ist nicht schlecht aber es hat damit zu tun, dass der Sport in der Gesellschaft anerkannt wird. Wir haben es einfach toll gefunden, dass er sich von den Drogen lösen konnte. Das ist mal ein riesiger Erfolg gewesen und alles andere, haben wir gedacht, werden wir dann später anschauen. Und wir haben ihm auch viel Freiraum gegeben. Ich meine 20, Jahre lang in den Drogen, da ist ein Ausstieg ein grosser Schritt! Ein riesiger Schritt sogar. Und dann kann man jemanden nicht gleich wieder damit konfrontieren: Ja, Sie haben jetzt wieder ein Suchtproblem. Natürlich könnte man das, aber bei ihm wollten wir das gar nicht.“

6.2.3 Handlungsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht

Die Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Suchtberatung sind vielseitig. Die vier befragten Sozialarbeitenden sind sich einig, dass Sport in vielen verschiedenen Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit, sei es in der Gassenarbeit oder bei der Jugendberatung, grundsätzlich aktiv als Präventionsmittel eingesetzt wird. Die sportlichen Aktivitäten werden oft als Ausgleich im Alltag und als alternative Bewältigungsstrategie verwendet, gerade wenn es darum geht, eine neue Tagesstruktur aufzubauen und/oder eine alternative Freizeitbeschäftigung zu finden.

5: „Das hören wir viel in der Beratung, wenn wir andere Strategien suchen mit den Klienten, was man anstelle von der Alkoholabhängigkeit oder anstelle von anderen problematischen Verhalten machen könnte. Relativ schnell wird dann der Sport angesprochen. Als Ausgleich, als Alternative, als Idee.“

Die Sozialarbeitenden schätzen vor allem auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in ihren Teams. Daraus entsteht ein wertvoller Austausch und die verschiedenen Fachdisziplinen können sich gegenseitig ergänzen. Eine starke Vernetzung (Netzwerkarbeit) mit anderen Fachstellen betont Sozialarbeiter 6. Er aus, das führt aus, dass gerade Beratungsstellen, bei welchen es nicht vorwiegend um finanzielle Angelegenheiten geht, den Vorteil haben, teilweise eher den Zugang zu den Betroffenen zu finden. Diese können bei der Beratung jegliche Themen und Anliegen deponieren, ohne dass allenfalls finanzielle Sanktionen drohen.

6: „Wir können ohne Druck mit jemandem reden und so können wir relativ schnell Vertrauen aufbauen. Dann kommen manchmal auch Themen, die auf dem Sozialdienst vielleicht nicht angesprochen werden weil sie sich dort in einer Abhängigkeit befinden. Sie erhalten dort Geld und haben Angst, dass das Gesagte eventuell Konsequenzen hat.“

Alle sind sich einig, dass gerade in der Suchtarbeit „Stagnation“ ein gutes Resultat sein kann, denn es bedeutet, dass sich der Gesamtzustand grundsätzlich nicht verschlechtert hat. Die Tatsache, dass die Soziale Arbeit nicht alle Probleme und Konflikte lösen kann und Stagnation ein Teil des professionellen Alltags ist, fällt den Befragten der Expertengruppe 2 nicht leicht. Es geht vorwiegend darum, gemeinsam mit den Betroffenen das Suchtverhalten genau zu analysieren und die eruierten Gründe für das Verhalten durch Alternativen zu ersetzen. Es soll mit dem Mensch und seiner Biografie gearbeitet werden. Dies ist in Langzeit- sowie auch Kurzzeitberatungen möglich.

Die Methoden, die die Sozialarbeitenden dabei verwenden, sind vielseitig. Alle interviewten Personen der 2. Expertengruppe weisen darauf hin, dass die Ausbildung zur/zum SozialarbeiterIn eine grosse Palette an methodischen Grundlagen vermittelt. Weitere Fachkenntnisse müssen sich Sozialarbeitende zu einem späteren Zeitpunkt im praktischen Alltag aneignen. Diese methodischen Ausgangspunkte können, je nach Tätigkeitsfeld, variieren. Durch den vorhandenen „Werkzeugkoffer“ können Sozialarbeitende in ganz verschiedenen Sparten, wie z.B. in der Suchtarbeit, tätig sein.

7: „Wenn man die Schule abgeschlossen hat, hat man eine gewisse Grundausbildung, ein Köfferchen, dass man mitnehmen kann. Zudem nimmt man auch eine Haltung mit, wie zum Beispiel in der Sozialen Arbeit kommuniziert wird. Und ich denke, ein wichtiger Teil in der Beratung ist einfach Erfahrungswissen, dass man sich mit der Zeit eineignet. Man merkt dann, wie das, was ich in der Schule gelernt habe nun in der Praxis funktioniert, oder eben nicht.“

Zu den methodischen Grundlagen, die bereits während der Ausbildung vermittelt werden, gehört eine ausführliche Situationsanalyse der Betroffenen, um das Problembewusstsein bei den Klientinnen und Klienten zu fördern. Eine entsprechende Auftragsklärung ist ebenfalls Bestandteil der Situationsanalyse. Das Kundenmuster, resp. die Klärung, ob eine Person freiwillig oder unfreiwillig zur Beratung kommt, beeinflusst danach automatisch die Gesprächsführung. Grundsätzlich soll die Beratung lösungs- sowie ressourcenorientiert sein. Das Motivational Interviewing wird von allen vier Sozialarbeitenden als wichtiges Instrument in der Suchtberatung genannt. Weiter ist die Flexibilität im Beruf sehr wichtig, so dass auch immer wieder neue Handlungskonzepte und Methoden angewendet werden sollen. Eine wertschätzende, respektvolle Haltung und die Orientierung an der „Lebenswelt des Betroffenen“ (Sozialarbeiter 6) ist für alle Sozialarbeitenden die Voraussetzung für einen guten Vertrauensaufbau und eine entsprechend positive Zusammenarbeit. Danach geht es darum, mit den betroffenen Personen Ziele zu vereinbaren. In erster Linie sollen die Klientinnen und Klienten ihre Ziele selber benennen. Jede Lebenssituation in einer Beratung unterscheidet sich wieder von einer anderen Situation. Aufgrund dessen müssen die Sozialarbeitenden sich immer am Individuum orientieren und keine „Pauschallösungen“ anstreben.

6: „Das ist für mich schon noch wichtig, dass ich versuche, den Menschen nicht einfach als Süchtigen zu sehen, sondern auch zu erkennen, dass er verschiedene Facetten hat.“

5: „Wir wissen auch, dass die Suchtseite des Individuums eine Seite ist und dass diese Seite zum Menschen gehört. Das können und sollen wir nicht herausoperieren. Man kann mit dieser Suchtseite lernen, anders umzugehen. Und dabei wollen wir behilflich sein.“

7: „Es geht immer um die Frage, was brauchen die Leute, damit sie von ihrer Sucht wegkommen? Und vielfach sind die Voraussetzungen nicht gegeben, dass die Person ohne diese Substanz oder ohne dieses Verhalten und Konsummuster leben kann und wie in eine Leere kommt weil sie das nicht bekommt, was sie eigentlich bräuchte. (. . .) Ein Arzt kann ein Medikament geben, um etwas zu heilen. Aber einen Lebenslauf einer Person zu beeinflussen, ist ein enormer Anspruch. Ich denke, es sind einfach immer wieder Versuche der Sozialen Arbeit, Einfluss zu nehmen, ohne für das Handeln eine Garantie geben zu können.“

Die Weiterbildungen, die von den vier Befragten als Erstes genannt werden, sind die lösungsorientierte Gesprächsführung sowie die systemisch-lösungsorientierten Fortbildungen. Hinzu kommt bei den Sozialarbeitenden 5, 6 und 7 ein CAS (Certificate of Advanced Studies) in verhaltenstherapeutischer Beratung oder kognitiver Verhaltenstherapie. Weiterbildungen werden von allen vier Personen stark geschätzt und auch als Notwendigkeit angesehen, um immer auf dem „aktuellsten Stand der Dinge“ zu bleiben. Als Alternative können Fachtagungen und Fachkurse besucht werden.

Bei allen vier Sozialarbeitenden finden regelmässig Supervisionen, interne Fallbesprechungen, wöchentliche Teamsitzungen sowie Standortgespräche statt. Zudem ist eine stetige Selbstreflexion, laut Sozialarbeiterin 4 und 5 notwendig. Die eigenen angewandten Methoden sowie Arbeitsweisen sollen immer wieder kritisch reflektiert und adaptiert werden.

4: „Es ist eine Bedingung, uns ständig weiterzubilden, um neue Methoden kennenzulernen und um auch auf dem neusten Stand zu bleiben.“

In Bezug auf die Interventionen auf die im Vorfeld in Tabelle 3 beschriebenen Fallbeispiele, zeigen sich zwischen den Befragten Parallelen. Alle vier betonen, dass die Nachsorge sorgfältig geplant werden muss, um möglichen Rückfällen entgegenzuwirken. Dies geschieht vorwiegend durch die Vernetzung mit anderen Fachstellen, im stationären sowie ambulanten Rahmen. Weiter können die Betroffenen auch mit spezifischen Selbsthilfegruppen vernetzt werden. Den vier Befragten ist jedoch keine Selbsthilfegruppe bekannt, die das Thema Sportsucht aufgreifen würde.

Jede interviewte Person weist darauf hin, dass Sport oft als Präventions- oder Schadenminderungsmittel eingesetzt wird, dies aber durchaus zum nächsten Problem, der Sportsucht, führen kann. Die Hälfte der Befragten der Expertengruppe 2 erwähnt, dass die Soziale Arbeit in allen vier Bereichen der Vier-Säulenpolitik (Prävention, Therapie, Schadensminderung sowie Repression) tätig ist und diesbezüglich bei der Umsetzung der Suchtpolitik eine zentrale Rolle spielt.

6.2.4 Entwicklung des Phänomens der Sportsucht in Zukunft

Bei der Frage, wie sich das Phänomen der Sportsucht zukünftig aus Sicht der Sozialen Arbeit entwickeln wird, sind sich die vier InterviewpartnerInnen nur teilweise einig. Klar ist, dass die Entwicklung der Sportsucht sicherlich weiterhin durch das Gesellschaftsbild beeinflusst wird. Derzeitige Entwicklungen, dass jede Person jederzeit und überall erreichbar sein muss, der starke Körperkult (schlanker und perfekter Körper) und der Anspruch, in

jeglichen Bereichen, wie z.B. bei der Arbeit, immer schneller, besser und leistungsfähiger zu werden, begünstigen die Zunahme der Anzahl der sportsüchtigen Personen. Ein Sozialarbeiter betont, dass es künftig auch zu einem starken Gegentrend kommen kann und sich die Personen wieder bewusst Zeit nehmen und sich mit einem guten Gewissen Pausen gönnen. Sozialarbeiterin 7 verweist explizit auf das Zentrum für Verhaltenssucht Escape in Zürich. Sie geht davon aus, dass solche Institutionen und Angebote einen Beitrag dazu leisten, dass das Thema der Verhaltenssuchte und somit auch die Sportsucht auf diese Weise langsam aber stetig verbreitet und auch die Gesellschaft sukzessive mehr darüber wissen wird. Ein Ausbau solcher Angebote würde sie sehr begrüßen.

4: „Die Gesellschaft von heute: Man muss fit sein, man muss immer erreichbar sein, man muss immer das Telefon abnehmen. Man muss einfach immer gut ansprechbar sein. Ich denke, dass diese Entwicklung eher dazu beiträgt, dass das Phänomen der Sportsucht ein grösseres Thema werden könnte.“

Es herrscht keine Einigkeit, ob weitere Verhaltenssuchte wie die Sportsucht ausdrücklich ins ICD-10 aufgenommen werden sollen. Eine Aufnahme würde bedeuten, dass ganz klare diagnostische Kriterien festgelegt werden müssen und dass Sportsucht danach als Krankheit anerkannt werden muss. Somit muss auch ein Therapieangebot geschaffen werden. Die Finanzierung durch die Krankenkasse wäre ebenso gesichert. Gegen eine Aufnahme der Sportsucht ins ICD-10 spricht, dass es schwierig ist, klare diagnostische Kriterien zu fixieren. Die Grenzen zwischen „leidenschaftlichem Hobby und Sportsucht“ sind teilweise fließend. Es ist zu befürchten, dass eine derartige Registrierung zu einer Stigmatisierung führen kann, wie dies ganz allgemein bei psychischen Problemen sowie Suchterkrankungen der Fall ist.

7: „Bei einer Aufnahme ins ICD-10 kann ja auch das Gegenteil herauskommen, dass man dann einfach etikettiert wird: Man hat Sportsucht, Punkt! Hier ist dann wirklich die Frage, wie eine genaue Definition gemacht werden kann. Das ist ja das Problem bei den Suchterkrankungen ganz allgemein, dass man da in ein Schema gepresst wird. Und das ist der Nachteil bei diesen Klassifizierungen. Insbesondere dann, wenn eine Mehrfachdiagnose besteht.“

Die Sozialarbeitenden betonen, dass sie in der Beratung beim Thema Sportsucht durchaus Potential sehen und dies als Chance bewerten. Einerseits bedeutet ein neues Phänomen eine neue Herausforderung im Beruf und andererseits kann die Zunahme und das Aufkommen weiterer Verhaltenssuchte die Gewichtung der Suchtproblematik noch verstärken. Die Gewichtung des Themas Sucht hat noch zu wenig statt gefunden, resp. hat diese tendenziell in der Bevölkerung wieder abgenommen. Die Vernetzung mit anderen relevanten Stellen sollte diesbezüglich ausgebaut werden. Sozialarbeiter 6 weist auf einen

Verein seiner Region hin, durch welchen regelmässig Fallbesprechungen zwischen Sozialarbeitenden und Fachärztinnen sowie Fachärzten (u. a. Hausärztinnen und Hausärzte) stattfinden. Bei den Fallbesprechungen handelt es sich vorwiegend um Personen mit einer gegenwärtigen Suchtproblematik. Er würde es begrüssen, wenn dies in anderen Kantonen auch eingeführt werden würde. Die Ärzteschaft profitiere von den Sozialarbeitenden, denn sie lernen dadurch auch, wie sie in der Praxis am besten auf Personen zugehen können, bei denen ein Verdacht auf ein Suchtproblem besteht.

Alle Befragten finden es wichtig, dass andere Fachstellen, insbesondere Sozialämter und Schuldenberatungsstellen mit dem Thema Sportsucht vertraut gemacht werden. Je mehr (professionelle) Personen über verschiedene Materien und Vorkommnisse Bescheid wissen, desto eher können sie auch adäquat reagieren und betroffene Personen ansprechen und wenn nötig an eine spezifische Beratungsstelle weiterleiten (Triage). Vor allem sollten Sozialberatungsstellen oder spezifische Suchtberatungsstellen damit beginnen, explizite Beratungsangebote für Sportsucht und auch andere Verhaltenssuchte zu schaffen.

7: „Vielleicht bräuchte man ein niederschwelligeres Angebot, so dass sportsüchtige Personen sich getrauen, dort anzudocken. Oder nur schon, dass die Leute wissen, dass es ein Angebot gibt. Mit Flugblättern oder mit einem Plakat könnte Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden. Wenn man die Angebote nicht kennt, wie soll die betroffene Person dann merken, dass ihr Verhalten problematisch sein kann? Dazu braucht es sehr viel Eigeneinsicht, das Problem zu erkennen und es braucht Mut, sich jemandem anzuvertrauen.“

Das Thema Sportsucht ist den Augen der Befragten zu wenig präsent und zu wenig diskutiert. Die vier Befragten haben bezüglich einer zukünftigen Sensibilisierung sowie Verbreitung des Themas Sportsucht verschiedene Ideen, die hier kurz aufgeführt werden:

- Öffentlichkeitsarbeit und somit das Thema „Enttabuisieren“ (Veranstaltungen, Veröffentlichungen in Fachzeitschriften, Flugblätter, Plakate);
- Weiterbildungen, resp. Fachtagungen organisieren, bei welchen das Thema Verhaltenssucht generell besprochen wird und die Sportsucht ein Bestandteil davon ist;
- vermehrt das Thema Sportsucht auf professionellen Webseiten deponieren und beschreiben (z.B. bei Suchtberatungsstellen oder Sozialdiensten);
- Anbieter sportlicher Aktivitäten, wie FitnessberaterInnen, Sportvereine, Sportlehrpersonen und TrainerInnen vor Ort auf das Thema aufmerksam machen und somit zur Früherkennung beitragen;

- Forschung fördern, denn dadurch werden genau solche innovativen Themen aufgegriffen und untersucht;
- Aufbau spezifischer Selbsthilfegruppen für Personen, die von einer Verhaltenssucht wie der Sportsucht betroffen sind;
- bei Suchtberatungsstellen und weiteren Sozialdiensten sowie auch in stationären Einrichtungen Informationsmaterial und –angebote über das Thema Sportsucht auflegen;
- vermehrter Einsatz Sozialarbeitender in der Sozialpolitik, resp. in der Drogenpolitik, damit auch die stoffungebundenen Süchte in der Schweizer Drogen- und Suchtpolitik mehr Gewicht erhalten und z.B. im Vier-Säulen- resp. im Würfel-Modell aufgenommen werden.

7: „Und dann kommt wieder die Frage, wie man sich am besten Positionieren kann in der Sozialen Arbeit. Gerade auch in der Politik, wo es ja immer auch um den Aspekt des Geldes geht. Das man auch begründet, warum die Soziale Arbeit benötigt wird oder nicht. Und da finde ich gut, dass mehr und mehr in den Schulen und auch in der Forschung anhand von wissenschaftlichen Kriterien gezeigt werden kann, was wir eigentlich machen und wozu wir beitragen.“

6.3 Ergebnisse aus den Interviews der Direktbetroffenen

Zusätzlich zu den Fachpersonen aus der Expertengruppe 1 und 2, werden im folgenden Kapitel die Interviews mit zwei Direktbetroffenen ausgewertet. Dabei wird ein Interview mit einer Person (25 Jahre) geführt, die während eines Jahres von der primären Sportsucht betroffen war (9). Die andere Befragte (27 Jahre) litt während 10 Jahren unter der Sportsuchtproblematik im Zusammenhang mit einer Essstörung (8). Die Sicht der ehemaligen Sportsüchtigen runden die Ergebnisse im Kapitel 6 ab und ermöglichen einen zusätzlichen Blickwinkel zum Thema. Um die Sichtweise der Direktbetroffenen möglichst adäquat in der Forschungsarbeit wiederzugeben, wird auch dieses Kapitel mit prägnanten Aussagen ergänzt.

6.3.1 Entstehung der Sportsucht

Die Entstehung der Sportsucht verlief bei den zwei Betroffenen unterschiedlich. So gibt die Direktbetroffene 8 an, dass die Sportsucht einhergehend mit einer Essstörung begann. Dabei war das primäre Ziel, Gewicht zu verlieren. Als Kind war die Betroffene eher unsportlich, weshalb war der intensive Bewegungsdrang bei ihr eher ungewöhnlich.

Während den akuten Phasen der Sportsucht wird der Tagesablauf von Expertin 8 folgendermassen beschrieben:

8: „Sechs Kilometer zur Arbeit mit dem Fahrrad, 8,5 Stunden Arbeit, zum Teil körperlich anstrengend, circa acht Kilometer über einen Pass zum Fitnesscenter mit dem Fahrrad. Anschliessend ein bis zwei Stunden Training, danach sieben Kilometer Heimweg mit dem Fahrrad. Nicht jeden Tag aber sehr häufig.“

Direktbetroffene 9 merkte bei der Entstehung der Sportsucht, dass der Drang nach immer mehr sportlichen Aktivitäten gross wurde, damit sich ein persönliches Wohlbefinden einstellen konnte. Anfänglich war ihr Hauptziel, sportlicher zu werden und eine Verbesserung der allgemeinen Fitness zu erreichen. Dies sollte den Körper attraktiver und „straffer“ aussehen lassen. Bereits ein einziger Tag ohne Sport führe zu Entzugssymptomen, die sich in Form von Unwohlsein, Gereiztheit und Wut zeigten. Körperliche Symptome traten durch Zittern und durch einen extremen Bewegungsdrang auf. Sukzessive stellte die körperliche Aktivität keine Freude mehr dar, es kam vielmehr das zwanghafte Gefühl auf, Sport treiben zu müssen. Diese Aussagen decken sich mit der zweiten Betroffenen, welche erläutert, sich nur dann einigermaßen wohl gefühlt zu haben, wenn ein Training absolviert wurde.

8: „Ich fühlte mich extrem unruhig. Wie gesagt, mehr als ein Tag ohne Sport war nicht drin. Ich wurde sonst auch ungeniessbar für meine Mitmenschen.“

Auch der Tagesablauf der Direktbetroffenen 9 wurde zunehmend von der Sucht bestimmt. Nach dem Aufstehen wurden als Erstes 500 Rumpfbeugen gemacht. Um den Sport zusätzlich in den Tagesablauf zu integrieren, bestritt sie den Schulweg rennend. In der Schule standen am Morgen jeweils zwei Turnstunden auf dem Programm. Nach dem Unterricht wurden, nebst den Hausaufgaben, weitere Sportübungen gemacht. Um den Tag nach dem Nachtessen nochmals aktiv abzuschliessen, ging die Interviewpartnerin regelmässig spazieren oder betätigte sich durch Inline-Skating aktiv. Bevor die Befragte zu Bett geht, hängte sie nochmals 500 Rumpfbeugen an.

6.3.2 Suchtverlauf

Bei der Befragten 8 standen die Auswirkungen des süchtigen Verhaltens in einem engen Zusammenhang mit der Essstörung bzw. der Magersucht, was sich durch ein starkes Untergewicht und einer daraus folgenden Depressionen durch die Mangelernährung zeigte. Beide Interviewten geben an, dass ein sozialer Rückzug vom gewohnten Umfeld stattfand weil durch das strikte Trainingsprogramm die Zeit für den Freundeskreis und die Familie fehlte.

8: *„Sportsucht in Kombination mit einer Essstörung macht extrem asozial!“*

Das soziale Umfeld zeigte bei den Befragten unterschiedliche Reaktionen. Einige wollten Hilfestellung leisten indem sie versuchten, die Aktivitäten zu unterbinden. Dabei wurde jedoch nicht versucht, auslösende Faktoren zu eruieren oder nachzufragen, wie es den Betroffenen wirklich geht. Einige haben die Gefahr des Verhaltens nicht erkannt und sogar bestärkend darauf reagiert.

8: *„Viele dachten, ich sei verrückt. Einige bewunderten mich.“*

Folgende Symptome wurden von den Befragten während der Sportsucht festgestellt:

- Stereotypes Verhalten mit teilweise mehreren Trainingseinheiten täglich;
- erhöhte Priorität gegenüber anderen Aktivitäten, die früher mehr Beachtung gefunden haben;
- steigende Toleranz bezüglich Umfang und Intensität der Aktivität (Trainingssteigerung);
- Entzugssymptome führen zu affektiven Störungen (z.B. Anspannung, Nervosität, Aggressivität, depressive Verstimmung);
- Entzugssymptome vergingen bei Wiederaufnahme der sportlichen Tätigkeit;
- Einsicht, dass ein Zwang zur Bewegung besteht.

Beide befragten Personen geben an, dass das heutige Gesellschaftsbild die Entstehung der Sportsucht, resp. der Essstörung stark beeinflusst hat.

8: *„Ich muss leider sagen, dass ich mich damals sehr stark an diesem Idealbild orientiert habe. Ich war auch schon immer sehr leistungsorientiert und fühlte mich nur gut, wenn ich die von mir verlangten oder von mir selbst auferlegten Anforderungen erfüllen konnte.“*

9: *„Schlank und sportlich zu sein hat mich sehr stark beeinflusst. Ich wollte einen getrimmten Körper und ich wollte sehr gute Leistungen im Sport erbringen.“*

6.3.3 Ausstieg aus der Sportsucht

Den Ausstieg aus der Sucht verlief bei den Befragten ähnlich. So konnte der Suchtkreislauf erst zu dem Zeitpunkt unterbrochen werden, als eine Spitaleinweisung notwendig wurde und unter Zwang der exzessive Bewegungsdrang vermindert werden konnte.

8: *„Ich wurde ins Spital eingeliefert, vorwiegend wegen der Magersucht. Somit durfte ich abrupt keinen Sport mehr machen. Dieses sofortige Sportverbot hat mir diesbezüglich sehr geholfen.“*

9: *„Ich war so unter Zwang und bin es heute noch teilweise, so dass ich nicht mehr frei entscheiden konnte.“*

Unterstützung beim Ausstieg aus der Sucht erhielten die Expertinnen einerseits durch Gespräche im Freundeskreis sowie durch professionelle Hilfe in Form von Gesprächstherapie. Expertin 9 entschied sich für einen zweimonatigen, stationären Aufenthalt in den USA, wo sie unter ärztlicher Aufsicht in einem abgelegenen Ort therapiert wurde (Psychotherapie, Verhaltenstherapie).

9: *„Nicht geholfen hätte eine ambulante Therapie. Meiner Meinung nach bringt das einfach nichts bei einer Sucht, wenn man richtig drin ist. Wenn man wieder allein gelassen wird, fällt man sofort in alte Muster zurück. Es geht eine Weile, mindestens einen Monat, in dem man nicht allein gelassen werden sollte.“*

Eine Befragte gibt an, dass sie sich mehr Informationen im Internet auf einer professionellen Website über das Thema Sportsucht sowie Beratungsstellen gewünscht hätte. Sie hätte sich zudem vom sozialen Umfeld mehr Unterstützung gewünscht.

Mittlerweile haben beide Befragten den Ausstieg aus der primären Sportsucht resp. der Essstörung mit der einhergehenden Sportsucht geschafft. Dabei wird die Befragte 8 nach wie vor von professioneller Seite unterstützt. Die Faszination zum Sport ist beiden geblieben und sportliche Aktivitäten werden heute in einem kontrollierten Rahmen ausgeführt.

8: *„Ich werde im Moment noch professionell unterstützt. Dies aber wegen meiner Essstörung und weniger wegen der Sportsucht. Das gehört aber zusammen. Da ich den Sport in einer Zweitausbildung zu meinem Beruf gemacht habe, ist Bewegung immer noch sehr wichtig für mich. Ich denke aber, dass die extreme Leistungsorientierung nachgelassen hat.“*

9: *„Heute ist das alles 10 Jahre her und ich habe in den ersten fünf Jahren keinen regelmässigen Sport gemacht, da ich wusste, dass es sehr schnell wieder zu einer Sucht werden kann. Heute mache ich wieder regelmässig Sport, so circa zwei bis dreimal pro Woche und kenne meine Grenzen sehr gut. Ich überschreite diese auch nicht. Professionelle Hilfe habe ich nicht mehr.“*



Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse

7 Diskussion und Interpretation der Forschungsergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die empirischen Ergebnisse des Kapitels 6 analysiert und wesentliche Erkenntnisse abgeleitet. Im Hinblick auf die theoretische Ausgangslage werden Übereinstimmungen und Unterschiedlichkeiten aufgezeigt und diskutiert. Die Einteilung nach den drei Expertengruppen wird dabei aufgehoben. Die festgelegten Themenschwerpunkte des Kapitels 6 werden dabei für die Diskussion und die Interpretation des folgenden Kapitels angepasst.

7.1 Stellenwert des Sports in der Schweizer Bevölkerung

Der Stellenwert des Sports in der Gesellschaft wird in sämtlichen Forschungsergebnissen von den Expertengruppen 1 und 2 unkritisch positiv bewertet. Durch das Gesundheitsbewusstsein wird Sport verstärkt in der Gesundheitsförderung und der – prävention eingesetzt. Sport wird somit auch bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen sowie als alternative Freizeitbeschäftigung in der Praxis der Sozialen Arbeit eingesetzt. Die Ergebnisse aus den Interviews der Expertinnen und Experten decken sich mit den theoretischen Ausführungen zu den Schutzfaktoren. Sport wird als selbstkompetenzsteigernd beschrieben, was sich in Form eines steigenden Selbstbewusstseins und eines positiven Selbstbildes widerspiegelt. Der soziale Umgang sowie der Austausch unter Gleichgesinnten werden durch sportliche Aktivitäten gefördert. Die grosse Wichtigkeit des Sports ist von einem Gesellschaftsbild geprägt, welches das Ideal eines perfekten Aussehens anstrebt. Zu diesem Idealbild gehört der Leistungsgedanke, welcher in der individualisierten Leistungsgesellschaft Ausdruck findet. Die Aussagen der Direktbetroffenen bestätigen diese Idealvorstellung. In der akuten Phase waren sie stolz auf ihren Körper und ihre sportlichen Leistungen. Der Suchtverlauf wurde durch den Leistungsdruck und teilweise durch die Bewunderung des sozialen Umfeldes beeinflusst.

Die beiden Studien sowie die Expertengruppen bestätigen die in Kapitel 1.3 formulierte These, dass die wirtschaftlichen Aspekte des Sports sehr attraktiv sind und die sozialen sowie gesundheitlichen Gefahren nicht (an-)erkannt werden. Lediglich die Sportverletzungen, die Sportunfälle, Doping sowie Hooliganismus werden in der Studie als mögliche Gefahren des Sports genannt. Auf der politischen Ebene wird Sport durch die Erweiterung von Sportanlagen gefördert, was zur Kommerzialisierung beiträgt. Laut Aussagen der Expertengruppe 2, nehmen SportlerInnen vermehrt eine Vorbildfunktion ein. Die Gefahr eines Suchtpotentials und die damit entstehenden Kosten werden in dieser Studie nicht thematisiert.

Auffällig ist, dass das Suchtpotential des Sports von zwei Experten der Gruppe 1 als mässig definiert wird. Die Risiken werden in der Gefahr von körperlichen Verletzungen und im Missbrauch illegaler Substanzen zur Leistungssteigerung (z.B. Doping) gesehen. Auch bei den befragten Sozialarbeitenden fand bis anhin keine Sensibilisierung für die negativen Aspekte des Sports statt. Mitunter auch mit der Begründung, dass sportliche Aktivitäten in vielen Bereichen der Sozialen Arbeit als Interventionsmöglichkeit eingesetzt werden. Darüber hinaus wird das exzessive Sporttreiben von einer Sozialarbeiterin gar als Alternative zur stoffgebundene Sucht gesehen.

Die Expertengruppe 1 erwähnt, dass Sport in das heutige Gesellschaftsbild passt, weil durch sportliche Aktivitäten enorme Leistungen erbracht werden können und ein perfektes Aussehen angestrebt werden kann. Durch die positive Bewertung des Sports fehlt ein Blick auf die negativen Seiten sowie Gefahren, die durch Sport entstehen können. Diese Aussagen stimmen mit der formulierten These, dass die präventiven und somit positiven Aspekte des Sports deutlich den vorhandenen Gefahren des Sports, u. a. das Suchtpotenzial, überwiegen, überein.

7.2 Vorhandene Kenntnisse über die Sportsucht und Fallzahlen

Da keine klaren Diagnosekriterien für das Phänomen der Sportsucht vorhanden sind, besteht bei den Expertengruppen ein grundsätzliches Definitionsproblem. Die Grenze zur Sucht zu ziehen, ist problematisch. In der Literatur wird auf eine sportsuchtspezifische Diagnostik hingewiesen, diese kann jedoch nicht als abschliessend betrachtet werden. Die definierten Kriterien finden in der Praxis der befragten Sozialarbeitenden bei sportsüchtigen Personen keine Anwendung. Die Expertengruppe 1 und 2 finden die Grenzziehung zwischen Spitzensport und Sportsucht schwierig. Demgegenüber hält der Sportpsychologe fest, dass eine Sportsucht im Spitzensportbereich nicht möglich ist, da in absehbarer Zeit eine Leistungseinbusse infolge zu kurzer Rekonvaleszenzzeiten feststellbar wäre.

Im professionellen Alltag sind die befragten Sozialarbeitenden bereits mit der Sportsucht in Kontakt gekommen und konnten konkrete Fälle von betroffenen Personen aufzeigen. Die Unterscheidung in eine primäre und sekundäre Sportsucht ist jedoch nicht bekannt. Zwei Expertinnen und Experten der Gruppe 1 haben wenig theoretische Fachkenntnisse über die Sportsucht und haben lediglich von den Medien davon Kenntnis genommen. Ausschliesslich der Sportpsychologe kann theoretische Ausführungen zu den Symptomen sowie Auswirkungen machen. Interessanterweise stimmen die praktischen Erfahrungen der Sozialarbeitenden und die Erfahrungen der Direktbetroffenen mit den theoretischen Grundlagen über die Entstehung, die Auswirkungen und die Symptome der Sportsucht

überein, obwohl beide Gruppen kaum theoretische Vorkenntnisse zu dieser Thematik hatten. Ein Hinweis, dass eine Sensibilisierung für die Sportsucht in Fachkreisen des Sports langsam stattfindet, besteht darin, dass im Sportpsychologieunterricht an der Hochschule für Sport in Magglingen für angehende Sportlehrpersonen das Thema Sportsucht thematisiert wird und ein Bestandteil in der Vorlesungen der Dozierenden ist. Die Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit erwähnen, dass die Sportsucht in den jeweiligen sozialen Institutionen und im öffentlichen Raum noch kein Thema ist und bis anhin nur vereinzelte Fälle bekannt sind. Diese Ausführungen passen zur am Anfang definierten These, in welcher festgehalten wird, dass das Suchtpotential des Sports in der Profession der Sozialen Arbeit weitgehend unbekannt ist.

In der vorliegenden Bachelorarbeit werden insgesamt sechs Fälle erfasst, wobei vier konkrete Fallbeispiele von der Expertengruppe 2 erwähnt werden. Von den Autorinnen konnten zwei weitere Direktbetroffene ausfindig gemacht werden, welche über die persönliche Suchtgeschichte Auskunft gegeben haben. Anhand der biografischen Angaben kann von sechs unterschiedlichen Fällen ausgegangen werden. Natürlich kann diese Fallzahl nicht als abschliessend für den deutschsprachigen Raum in der Schweiz gelten. Die geringe Fallzahl wird auch in den aufgeführten empirischen Daten im Kapitel 3.5 bestätigt, in welchem von ähnlich geringen Prävalenzzahlen ausgegangen wird. Für die Festlegung der Fallzahlen werden von den Autorinnen Diskrepanzen gesehen. Einerseits ist es durch die fehlenden, einheitlichen Diagnosekriterien schwierig, eine Sportsucht als solche zu deklarieren und zu erfassen. Andererseits scheint eine fehlende Sensibilisierung auf das Thema zu bestehen, welche eine genaue Eruierung der Fallzahl verunmöglicht. Dies führt dazu, dass bis zum heutigen Zeitpunkt keine weiteren Bestrebungen in der deutschsprachigen Schweiz zur Erfassung der Sportsüchtigen stattgefunden haben.

7.3 Erklärungsansätze und Auswirkungen der Sportsucht

Die Direktbetroffene 9 stellt ein Beispiel für die primäre Sportabhängigkeit dar. Bei der ehemals Direktbetroffenen 8 hat das exzessive Sportverhalten gemeinsam mit einer Magersucht begonnen um in erster Linie Gewicht zu verlieren. Ganz anders bei der ehemaligen Direktbetroffenen 9, bei der es vorwiegend um eine Leistungssteigerung und eine Verbesserung der allgemeinen Kondition ging. Das Beispiel der ehemaligen Direktbetroffenen 8 bestätigt also das Vorkommen der sogenannten Parallelabhängigkeit. Beide bestätigen die in der Theorie beschriebenen aufgetretenen Entzugssymptome sowie die sozialen, psychischen und physischen Auswirkungen. Die definierten diagnostischen Kriterien, die Entzugssymptome sowie die Auswirkungen werden somit in der Praxis bestätigt und könnten dementsprechend in einem Klassifizierungssystem festgelegt werden.

Auffällig ist, dass sich die Sportsucht bei drei beschriebenen Fällen nach einem anderen Suchverhalten (Konsum psychotroper Substanzen) entwickelt hat. Die sogenannte Suchtverlagerung ist bei den Sozialarbeitenden bekannt. Die Verfasserinnen haben hingegen in der ausgewählten Literatur keine spezifischen Angaben und Informationen zum Thema Suchtverlagerung gefunden. Sobald ein ursprüngliches Suchtverhalten überwunden wurde ist und sich ein anderes Suchtverhalten daraus entwickelt, kann davon ausgegangen werden, dass die Ursachen für den Konsum oder das exzessive Verhalten ungenügend behandelt wurden. Bei den Sozialarbeitenden stellt sich teilweise eine erste Erleichterung ein, wenn ehemalige Drogen- und/oder Alkoholabhängige eine Sportsucht entwickeln. Laut beiden Expertengruppen sind die Auswirkungen einer Sportsucht den Auswirkungen einer Drogen- sowie Alkoholabhängigkeit vorzuziehen, da die „Wesensveränderung“ sowie die Tendenz zu delinquenten Verhalten bei der Sportsucht viel weniger oder nicht von Bedeutung ist.

Die Gründe, welche bei den beiden Direktbetroffenen zur Sportsucht führen, bestätigen einige Erklärungsansätze des multifaktoriellen Modells. Dies ist ein wichtiger Hinweis dafür, dass das Modell in der Praxis der Sozialen Arbeit auch für die Sportsucht angewendet werden kann. Weiter würde sich dies, aufgrund der Parallelen in den diagnostischen Kriterien sowie Auswirkungen, auch auf andere Verhaltenssüchte übertragen lassen.

Die in der Theorie erwähnten Einflussfaktoren zur Entstehung der Sportsucht, sind mit dem Prozessmodell (vgl. Abbildung 3, S. 50) und den Aussagen der Direktbetroffenen sowie den Praxisbeispielen der Sozialarbeitenden identisch. Die genannten persönlichen Merkmale, wie Perfektionismus, ein tiefes Selbstbewusstsein sowie der leistungsorientierte Gedanke entsprechen den theoretischen Ausführungen zu den Einstellungsmerkmalen und den Persönlichkeitsfaktoren des Prozessmodells der Sportsuchtentwicklung. Die psychophysischen Effekte wie die positive Auswirkung des Sports auf die Befindlichkeit bspw. in Form des „Flow-Erlebnisses“ und das Auftreten der Entzugssymptome werden in den empirischen Ergebnissen bestätigt. Die sozialen Interaktionen werden von Theorie und Empirie als entscheidende Einflussfaktoren aufgegriffen. Dies ist für die Verfasserinnen ein wichtiger Hinweis, dass dieses Modell ebenfalls in der praktischen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht Anwendung finden kann.

Interessant ist zu sehen, dass die befragten Direktbetroffenen sowie die Fallbeispiele, die in den Interviews genannt werden, denjenigen Personen entsprechen, die laut den Expertengruppen 1 und 2 und laut Theorie als prädestinierte Persönlichkeiten für eine Entwicklung der Sportsucht gelten. Auch die erwähnten ausgeführten Sportarten der sechs Betroffenen (vorwiegend Ausdauersportarten wie Laufen, Velo fahren, Fitnesstraining) stimmen mit den in der Theorie erwähnten prädestinierten Sportarten überein.

7.4 Entwicklung des Phänomens der Sportsucht in Zukunft

Die Meinungen zur Entwicklung der Sportsucht geht bei der Expertengruppe 1 auseinander. In der BASPO-Studie über das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung aus dem Jahr 2008 ist ersichtlich, dass nach wie vor ca. 27% der Männer und Frauen in der Schweiz wenig bis kein Sport betreiben. Die Bestrebungen vom BASPO sind klar: Diese Anzahl von Nichtaktiven soll reduziert werden. Die Bewegungsarmut wird als zentrales Problem für die Gesundheitsentwicklung in der Gesellschaft gesehen. Ein Teil der Expertengruppe 1 bezeichnet die Sportsucht als Randphänomen, obwohl davon die Anzahl der Sporttreibenden sowie das Gesundheitsbewusstsein in den kommenden Jahren noch zunehmen wird. Als Widerspruch dazu stehen aus wirtschaftlicher Sicht die steigenden Gesundheitskosten, die in den letzten Jahren zu verzeichnen sind. Dies obwohl der Stellenwert der Gesundheit in der Schweizer Gesellschaft angestiegen ist.

Die Fachperson der Soziologie geht davon aus, dass der Sportboom bald seine Grenzen erreicht und eher rückläufig wird. Eine solche Veränderung würde jedoch voraussetzen, dass sich das jetzige Gesellschaftsbild mit dem Leistungs- sowie Perfektionsdenken verändert und sich neue Werte sowie Normen etablieren könnten. Ob ein solcher Gegentrend in nächster Zeit zu verzeichnen ist, kann vom Experten nicht vorhergesagt werden. Die Expertengruppe 2 nimmt an, dass das Problem der Sportsucht zu einem grösseren Problem werden wird. Das bestehende Zentrum für Verhaltenssucht Escape in Zürich ist laut der Aussage einer Sozialarbeiterin ein Vorzeichen, dass die Problematik der Verhaltenssucht ansteigen wird. Um die Sportsucht adäquat zu behandeln, müssen eindeutige diagnostische Kriterien festgelegt werden und die Sportsucht sollte im ICD-10 aufgenommen werden. Somit würde die Sportsucht als Krankheit anerkannt werden und die finanzielle Mittel zur Behandlung würden zur Verfügung stehen.

Die Sensibilisierung auf das Thema findet bei den Fachpersonen u. a. mittels wissenschaftlicher Forschung statt. Da die vorliegende Arbeit als Forschungsarbeit gilt, kann die Bearbeitung des Themas als sensibilisierender Prozess für die verschiedenen Fachpersonen angesehen werden.

7.5 Interventionsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Sportsucht

Bei der Auswertung der empirischen Ergebnisse sowie in den theoretischen Ausführungen haben die Verfasserinnen festgestellt, dass Sport in der Praxis der Sozialen Arbeit ganz klar als Interventionsmittel eingesetzt wird, insbesondere bei der (Neu-)Gestaltung des Freizeitverhaltens. Die im Vorfeld aufgestellte These, dass Sport, der bis zum Exzessiven

betrieben wird, in der Praxis der Sozialen Arbeit auch als alternative Freizeitbeschäftigung und Interventionsmittel verwendet werden kann, bestätigt sich somit. Die Verlagerung zur Sportsucht wird dabei mehr oder weniger bewusst in Kauf genommen und die psychischen und physischen Probleme der Sportsucht als weniger gravierend bewertet. Trotzdem entstehen durch die Sportsucht soziale Folgeprobleme, die von den Sozialarbeitenden erkannt werden. Hier benötigt es eine Sensibilisierung der Sozialarbeitenden. Der Einsatz von Sport erfolgt nicht immer problemlos und kann direkt in ein neues Suchtverhalten führen. Ziel ist es, dass Sozialarbeitende und andere Fachpersonen aus dem Bereich Sport Anzeichen einer möglichen Sportsucht erkennen und entsprechende Massnahmen einleiten können.

Von der Expertengruppe 2 wird festgehalten, dass die Ausbildung zur Sozialarbeiterin oder zum Sozialarbeiter eine grosse Palette an Beratungs- sowie Interventionswerkzeugen vermittelt. Dabei werden die Gesprächsführung im Einzel- und Gruppensetting (lösungs- und ressourcenorientierter Ansatz) und die Netzwerkarbeit (Triage und Vernetzung) betont sowie die Kenntnisse über gesellschaftliche und sozialpolitische Zusammenhänge erwähnt. Von Vorteil ist, dass die methodischen und theoretischen Grundlagen gerade auch in der Suchthilfe grosse Anwendung in der Praxis finden und sich diese auch in Bezug auf die Verhaltenssüchte (inkl. Sportsucht) anwenden lassen. Die methodischen Instrumente (z.B. multifaktorielles Modell) sind gemäss Aussagen der Sozialarbeitenden Bestandteile in der Beratung. Ergänzend empfehlen die Sozialarbeitenden spezifische Weiterbildungen im Bereich der verhaltenstherapeutischen oder systemisch-lösungsorientierten Beratung. Die Weiterbildungen verhelfen auch zu einer stetigen Weiterentwicklung und Professionalisierung der Sozialen Arbeit.

Die Direktbetroffenen betonen, dass ohne die Eigeneinsicht sowie Motivation kein Behandlungserfolg erzielt werden kann. Die Motivationsarbeit, wie z.B. beim Motivational Interviewing, spielt auch im Bereich der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und somit auch für das Thema der Sportsucht eine zentrale Rolle (vgl. Kapitel 3.6). Ein weiterer wichtiger Punkt für die Direktbetroffenen ist der Einbezug des sozialen Umfeldes. Dieser Aspekt wird auch in der Systemtheorie im Kapitel 3.6 erwähnt. Die sozialen Interaktionen werden ebenfalls bezüglich der Entwicklung einer Sportsucht als wesentliche Einflussfaktoren genannt. Die Sozialarbeitenden heben hervor, dass in der Beratung die Arbeit mit Angehörigen eine wesentliche Rolle spielt und dies den Suchtverlauf positiv beeinflussen kann.

Die Expertengruppe 1 sieht die Handlungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit in der ambulanten Nachbetreuung, der Vernetzung mit anderen Fachstellen und insbesondere in der Präventionsarbeit. Diese Handlungsmöglichkeiten werden in den theoretischen Ausführungen bestätigt. Zudem wird der Verlauf der interdisziplinären Zusammenarbeit als

entscheidender Faktor für die Qualität der Behandlung genannt. Die genaue Funktion, welche die Soziale Arbeit im Einzelfall einnimmt, muss individuell entschieden werden.



Schlussfolgerungen und Ausblick

8 Schlussfolgerungen und Ausblick

Ausgehend von der Interpretation und Diskussion werden nun die wichtigsten Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Soziale Arbeit aufgezeigt. In einem ersten Schritt werden anhand der Hauptfragestellung die wesentlichen Erkenntnisse für die Soziale Arbeit aufgezeigt. Darauf aufbauend werden entsprechende Handlungsempfehlungen für die Profession sowie die Praxis der Sozialen Arbeit abgegeben. Weiter wird die Fragestellung der Bachelorarbeit überprüft und ein eruiertes Forschungsdesiderat beschrieben. Zum Schluss des letzten Kapitels wird ein Ausblick für die Soziale Arbeit gemacht, in welchem weitere Bereiche des Phänomens der Sportsucht aufgezeigt werden, welchen in Zukunft durch die Soziale Arbeit beobachtet und erforscht werden können.

8.1 Erkenntnisse für die Soziale Arbeit

Anhand der Hauptfragestellung wird hier zunächst schlussfolgernd aufgezeigt, ob und inwiefern das Phänomen der Sportsucht für die Soziale Arbeit ein soziales Problem darstellt.

Wie dem Definitionsversuch nach Hillmann (2007) sowie Bellebaum (2002) in Kapitel 2.1.2 zu entnehmen ist, wird als soziales Problem ein gesellschaftlicher Zustand verstanden, der von der Bevölkerung als unerwünscht erachtet und dem mit entsprechenden Massnahmen entgegen gewirkt wird. Sucht sowie Suchtgefährdung werden dabei als zentrale Forschungsthemen genannt. Die momentanen Lebenssituationen für einzelne Personen können durchaus als belastend gelten, obwohl keinerlei Interventionen um das Problem zu lösen, ergriffen worden sind oder ergriffen werden. Die genannten Zustände können sich nach einer gewissen Zeit entweder entschärfen, oder dann zu schwerwiegenden Problemen anwachsen. Die Ursachen zur Entstehung sozialer Probleme sind verschieden. Einerseits spielt die Gesellschaft eine Rolle. Andererseits können Lebensführungen, die von gesellschaftlichen Normen und Werten abweichen, als sogenannte soziale Probleme bezeichnet werden. Sobald ein Zustand offiziell und erfolgreich als verwerflich oder negativ bewertet wird, kann ebenfalls von einem sozialen Problem gesprochen werden.

Obwohl die Befragungen auf den deutschsprachigen Raum in der Schweiz beschränkt wurden, zeigen die empirischen Ergebnisse aus Kapitel 6 (sechs Fallbeispiele) auf, dass zurzeit von einer kleinen Fallzahl an Sportsuchtbetroffener ausgegangen werden muss. Es handelt sich um eine qualitative Forschung. Um genauere Angaben über die Prävalenzzahlen zu erhalten, ist eine quantitative Umfrage notwendig. Würde lediglich das Kriterium der kollektiven Interventionen, die von einer Gesellschaft initiiert werden, um sozialen Problemen entgegenzuwirken, berücksichtigt werden, würde dies folglich heissen, dass die Sportsucht kein soziales Problem darstellt. Aufgrund des subjektiven Leidensdrucks

der Betroffenen, der ebenfalls in der Theorie zum sozialen Problem erwähnt wird, sind persönliche Leidenszustände der befragten Direktbetroffenen sowie der Fallbeispiele der interviewten Sozialarbeitenden vorhanden. Ausgelöst wird dieser Zustand durch die sozialen Folgeprobleme, die in der Theorie beschrieben und durch die Sozialarbeitenden sowie der Expertengruppen 1 bestätigt werden. Sehr wichtig ist diesbezüglich auch die Bestätigung durch die Direktbetroffenen. Beide Direktbetroffenen sprechen von psychischen Folgeproblemen, sozialem Rückzug, physischen Beschwerden sowie dem Auftreten von Entzugssymptomen und dem zwanghaften Gefühl, Sport ausüben zu müssen. Dabei ist der Sport ins Zentrum des Lebens gerückt; andere Lebensbereiche sind sukzessive in den Hintergrund gelangt. Beide erwähnen, dass das Gesellschaftsbild den Einstieg in die Sucht beeinflusst hat. Dies wiederum deckt sich mit der Definition des sozialen Problems, dass die Gesellschaft gewisse soziale Probleme mitbedingt. Diese Aussage bestätigen ebenfalls die Sozialarbeitenden und die Expertengruppe 1 (hoher Stellenwert des Sports, Leistungsdruck, Körperkult). Die gesellschaftlichen Einflüsse sowie die sozialen Folgeprobleme führen also bei den Betroffenen zu einem starken Leidensdruck. Durch die sozialen Folgeprobleme sind die befragten Sozialarbeitenden mit der Sportsucht in Kontakt gekommen. Daraus lässt sich schliessen, dass die Sportsucht bereits eine Rolle in der Sozialen Arbeit spielt. Es kann aufgrund der wenigen Beispiele nicht von einem „Hauptproblem“ ausgegangen werden. Wegen der geringen Fallzahl kann auch nicht von einem offensichtlichen Problem gesprochen werden, wie dies bspw. in den 80er Jahren mit der offenen Drogenszene im Platzspitz in Zürich der Fall gewesen ist.

Die zahlreichen wirtschaftlichen Interessen, die mit dem Sport in Verbindung stehen, erschweren die Sensibilisierung für das Problem der Sportsucht zusätzlich. Die Gesellschaft muss für eine solche Erkenntnis und für entsprechende Veränderungen reif sein. Die Adaption der Suchtpolitik in der Schweiz kann dementsprechend viel Zeit in Anspruch nehmen. Die Suchtpolitik der letzten 25 Jahre hat jedoch gezeigt, dass starke Entwicklungen und Innovationen möglich sind. Es benötigt auch von Seiten der Sozialen Arbeit her die nötigen Anstrengungen, solche Vorkommnisse auf der politischen Ebene aufzuzeigen, um neue Entwicklungen voranzutreiben.

Laut den Sozialarbeitenden kann die Sportsucht durchaus noch zunehmen, da der gesellschaftliche Einfluss und somit der Druck, einem Idealbild zu entsprechen und immer eine optimale Leistung zu erbringen, in kommender Zeit nicht nachlassen wird. Durch die Sensibilisierung des Themas, resp. durch eine aktive Anwendung diagnostischer Kriterien in der Praxis der Sozialen Arbeit und durch die Aufmerksamkeit der Profession der Sozialen Arbeit ist es möglich, dass sportsuchtgefährdete Personen sukzessive mehr erkannt werden.

Die erwähnten Aspekte weisen daraufhin, dass die Sportsucht bereits vereinzelt in der Sozialen Arbeit eine Rolle spielt und aufgrund dessen auch Handlungsempfehlungen abgeleitet werden können, die folgenden Kapitel aufgeführt werden.

8.2 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Ausgehend von der ausgeführten Relevanz der Thematik Sportsucht werden nun wichtige Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in kurzen und prägnanten Aussagen sowie Begriffen erläutert.

Kenntnisse über theoretische Grundlagen der Sportsucht in der Praxis und Ausbildung der Profession.

Um eine professionelle Beratung für Betroffene der Sportsucht anbieten zu können, benötigen die Sozialarbeitenden ein Verständnis sowie fundierte Kenntnisse über die Thematik. Dabei müssen die Entstehung, die Auswirkungen im Sinne der sozialen Folgeprobleme sowie die adäquaten Behandlungsmöglichkeiten und Angebote klar sein. Um ein Bewusstsein für das Thema Sportsucht zu schaffen, muss der Bereich der Verhaltenssucht vermehrt und fundiert Bestandteil im Unterricht in der Ausbildung der Sozialen Arbeit sein sowie in Weiterbildungen thematisiert werden.

Stellungnahme von der Profession bezüglich Aufnahme neuer Phänomene im ICD-10.

Die Aufnahme der Sportsucht in das ICD-10 wird von Fachpersonen aus verschiedenen Disziplinen empfohlen. Damit wird auch bewusst das Risiko in Kauf genommen, dass betroffenen Personen „schubladiert“ werden. Betroffene Personen sollen nicht anhand von standardisierten Fragebögen eingeteilt werden. In dieser Diskussion und der Abwägung der Diagnose muss die Soziale Arbeit Stellung nehmen und eine klare Haltung gegenüber neuen Phänomenen und gegenüber anderen Professionen sowie Disziplinen formulieren. Dazu gehört auch eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Krankheits- resp. Gesundheitsbegriff.

Entwicklung von neuen Phänomenen thematisieren und in den öffentlichen Diskurs einbringen.

Die Soziale Arbeit soll neue Entwicklungen und Phänomene beobachten, aufgreifen und die Relevanz für die Profession in einen gemeinsamen Diskurs bringen, thematisieren und schliesslich der Öffentlichkeit zugänglich machen. Spezifische Fachtagungen oder Symposien zum Thema Verhaltens- resp. Sportsucht oder die Veröffentlichung verschiedener Fachartikel sind einige Möglichkeiten, um die Thematik Sportsucht zu

thematisieren. Dazu gehört auch die aktive Beteiligung auf politischer Ebene. Im Speziellen in der Suchtpolitik durch die Aufnahme der Verhaltenssuchte im Vier-Säulen-resp. im Würfelmodell. Das Gespür für neue Entwicklungen fördert das Professionalisierungsverständnis und verhilft bei der Weiterentwicklung des Fachgebietes.

Bewusstsein der Fachpersonen der Sozialen Arbeit auf gesellschaftliche Einflüsse.

Den Sozialarbeitenden wird empfohlen, die gesellschaftlichen Entwicklungen sowie deren Auswirkungen auf die Klientinnen und Klienten in der Beratungsarbeit zu berücksichtigen. Zu den aktuellen Einflüssen der Gesellschaft, welche sich begünstigend auf die Problematik der Sportsucht auswirken können, gehören dabei das Streben nach einem Idealbild im Sinne eines perfekten Körpers und der Leistungserbringung sowie der Fokus auf dem Gesundheitsbewusstseins im Fitness- und Ernährungsbereich.

8.3 Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit verfügt über eine Vielzahl an fachlichen und methodischen Kompetenzen, die bezüglich der Sportsucht verwendet werden können. Aufgrund dieser Grundlagen sowie aufgrund der spezifisch für die Sportsucht aufgegriffenen therapeutischen Interventionsansätzen, können für die Behandlung, Begleitung und Betreuung der sportsüchtigen Personen folgende Handlungsempfehlungen für die Praxis der Sozialen Arbeit definiert werden:

Im Handlungsfeld der Sozialen Arbeit braucht es eine Sensibilisierung für das Suchtpotentials im Sport.

In der Sozialen Arbeit ist eine Sensibilisierung für das Suchtpotential zwingend notwendig. Die empirischen Ausführungen zeigen, dass das Bewusstsein für das Suchtpotential in Institutionen der Sozialen Arbeit, welche sich mit dem Thema Verhaltenssucht beschäftigen, wenig vorhanden ist. Spezifische Weiterbildungen und Fachtagungen zum Thema Verhaltens- resp. Sportsucht würden einen Beitrag leisten, dass Sozialarbeitenden auf diese Thematik aufmerksam werden.

Exzessives Sporttreiben mit schädlichen physischen sowie sozialen Auswirkungen ist keine Alternative für ein ursprüngliches Suchtverhalten.

Da der Sport von den Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Freizeitaktivität mit positivem Eigenschaften angesehen wird, muss insbesondere für die Problematik der Suchtverlagerung ein Bewusstsein geschaffen werden. Es besteht die Gefahr, dass durch sportliche Aktivitäten, die als alternative Freizeitbeschäftigung eingesetzt werden, ein neues Suchtverhalten herbeigeführt wird. Die Soziale Arbeit soll Anzeichen erkennen und

entsprechende Interventionen einleiten. Obwohl die psychischen, physischen und sozialen Auswirkungen der Sportsucht nicht ganz so gravierend sind, wie bei stoffgebundenen Süchten (vgl. Delinquenz beim Konsum psychoaktiver Substanzen), sollten die Kenntnisse über das mögliche Suchtpotential vorhanden sein. Das heisst, dass gerade der Suche nach alternativen Freizeitmöglichkeiten oder dem Aufbau einer Tagesstruktur die nötige Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte

Alternative Freizeitmöglichkeiten zum Sport schaffen.

Zusammen mit den Klientinnen und Klienten werden alternative Freizeitaktivitäten erarbeitet, welche unabhängig eines Leistungsgedankens und Perfektionsstrebens in den Alltag eingebaut werden können. Der Fokus kann auf andere Freizeitbereiche wie Musik, Kunst und weitere individuelle Leidenschaften gelegt und die Lebenswelt der betroffenen Person integriert werden.

Betroffene Personen sollen adäquat vernetzt werden.

Nebst den medizinischen Massnahmen, sollen die Gefahren eines abrupten Trainingsendes beachtet werden. Für einen Suchtausstieg sollte demnach aus sportmedizinischer Sicht die Aktivitätsreduktion nur schrittweise und unter ärztlicher Aufsicht erfolgen. Dies bedingt von den Sozialarbeitenden eine Triage und eine Zusammenarbeit mit entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzten. Zudem scheint bei einer Sportsucht die Zusammenarbeit mit einer Psychologin oder einem Psychologen sinnvoll. In gemeinsamer Kooperation können kognitive Prozesse analysiert und verhaltenstherapeutisch aufgegriffen werden. Damit werden negative und positive Aspekte des Sportverhaltens aufgezeigt und mittels einer Gegenüberstellung das Bewusstsein für dieses Verhalten geschaffen. Die Bewusstmachung der bedrohlichen Situation trägt zu einer Verbesserung der Selbst- und der Körperwahrnehmung bei.

Erarbeiten von Selbsthilfestrategien (ressourcen-lösungsorientierter Ansatz).

Die aufgezeigten Interventionsmöglichkeiten können in der Praxis der Sozialen Arbeit angewendet werden. Für die Autorinnen ist die gemeinsame Erarbeitung von Selbsthilfestrategien ein wichtiger Bestandteil in der Beratung. Dabei soll ein neues Trainingsbewusstsein durch eine optimalere Trainingsgestaltung geschaffen werden. Umfang sowie Intensität sollen in Zusammenarbeit mit der betroffenen Person reduziert und angepasst werden, um den gesundheitlichen Gefahren entgegenzuwirken. Diese Interventionsform soll dazu verhelfen, dass das Klientel eigene Lösungsansätze entwickelt und somit die vorhandenen Ressourcen der Betroffenen individuell gefördert werden können.

Nebst der schrittweisen Reduktion des Trainings sollen soziale Kontakte ausserhalb des Sports aufgebaut werden. Sinnvollerweise wird das persönliche Umfeld des Betroffenen analysiert und Missstände aufgezeigt. In einem gemeinsamen Prozess können neue, positive Kontakte aufgebaut werden. Bei der Suche nach alternativen Freizeitaktivitäten, sind Gruppenaktivitäten den Einzelbetätigungen vorzuziehen. Der systemische Ansatz umfasst auch den Blick in weitere Bereiche der betroffenen Person. Dabei können bspw. der Arbeitsplatz, die familiäre Situation sowie die Beziehungsstrukturen negative sowie auch positive Auswirkungen auf den Suchtverlauf nehmen.

Motivational Interviewing

Das beschriebene Motivational Interviewing kann als weitere Handlungsempfehlung in der Beratung der Sportsucht angesehen werden. Dabei werden Haltungen gegenüber dem Klientel wie Empathie ausdrücken, aktives Zuhören, Diskrepanz entwickeln, Widerstand umleiten sowie Selbstwirksamkeit fördern, Die Klientinnen und Klienten werden in den verschiedenen Phasen des Suchtausstieges begleitet und unterstützt.

Anwendung diagnostischer Kriterien sowie Entwicklungsmodell der Sportsucht in der Beratung und Behandlung.

Um bei einer Klientin oder einem Klienten festzustellen, ob eine Suchtgefährdung vorliegt, können die deklarierten Diagnosekriterien in der Praxis angewendet werden. Dies kann in der Abarbeitung einer Checkliste geschehen, bei welcher die betroffene Person selbstständig eine Einschätzung über das Verhalten macht. Das vorgestellte Entwicklungsmodell und die darin enthaltenen Schlüsselstellen für die Entwicklung einer Sportsucht, können im Beratungsverlauf als Interventionsmöglichkeiten angesehen werden. Wird der Vergleich vom Entwicklungsmodell der Sportsucht zum multifaktoriellen Modell gemacht, können von den Autorinnen Übereinstimmungen festgestellt werden. Demnach könnte das vorgestellte Entwicklungsmodell durch das in der Praxis bereits etablierte multifaktorielle Modell, insbesondere durch die lerntheoretischen sowie soziologischen Aspekte, ergänzt und erweitert werden.

8.3 Überprüfung der Fragestellung

Mit dem Aufzeigen der aktuellen Situation der Sportsucht, konnten durch die Erarbeitung der Theorie sowie der Empirie vielseitige Erkenntnisse gewonnen werden. Zusammenfassend werden hier aufgrund der Forschungsfrage die wesentlichen Erkenntnisse nochmals aufgegriffen:

Welche Rolle spielt das Phänomen der Sportsucht in der Sozialen Arbeit und welche Handlungsempfehlungen können demzufolge für die Soziale Arbeit abgeleitet werden?

Im Bezug auf die Hauptfrage und die damit definierten Unterfragen (vgl. Kapitel 1.5) hat diese Bachelorarbeit gezeigt, dass das Phänomen der Sportsucht ein soziales Problem darstellt und demnach eine Relevanz für die Soziale Arbeit, insbesondere in der Suchthilfe, hat. Die Soziale Arbeit ist eine prädestiniert Fachstelle für das Thema Sportsucht, da sie mit der Suchthematik vertraut ist. Durch das Aufzeigen der Relevanz für die Sozialen Arbeit, sind von den Autorinnen Handlungsempfehlungen einerseits für die Profession, andererseits für die Praxis der Sozialen Arbeit festgelegt worden. Diese sollen für die weitere Entwicklung der Sportsucht als Grundlagen benutzt werden können.

8.4 Forschungsdesiderat

Im Kapitel 7.3 wird erwähnt, dass es sich bei drei von vier Praxisbeispielen der interviewten Sozialarbeitenden um Personen handelt, die die Sportsucht erst nach Absetzen eines anderen Suchtverhaltens entwickelt haben. Die Professionellen der Sozialen Arbeit sprechen dabei von einer Suchtverlagerung. Die Suchtverlagerung ist bei den Sozialarbeitenden ein bekanntes Phänomen. Für die Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit, die in einem Sozialberatungszentrum oder in einem Sozialamt tätig sind, ist dies ein Hinweis, dass die Ursachen für das Suchtverhalten noch nicht ausreichend behandelt werden konnten oder die betroffenen Personen (noch) nicht ausreichend Motivation für ein suchtfreies Leben aufbringen können.

Die Autorinnen haben in der auserwählten Fachliteratur keine spezifischen und ausführlichen Informationen über das Thema der Suchtverlagerung gefunden. Auch auf Anfrage bei bereits interviewten Fachpersonen haben die Verfasserinnen keine Rückmeldung erhalten. Es ist also davon auszugehen, dass die Suchtverlagerung im praktischen Alltag der Sozialen Arbeit und somit im Bereich der Drogen- und Suchthilfe zwar oft vorkommt, dies jedoch noch ungenügend theoretisch erfasst worden ist. Es konnten keine Literaturangaben unter diesem Begriff gefunden werden.

8.5 Ausblick

Die vorliegende Bachelorarbeit lässt diverse Diskussionspunkte in der Thematik der Sportsucht offen und gibt Ideen für weitere Projekte und Arbeiten, die im Folgenden kurz aufgezeigt werden:

- Die Diskussion der Suchtpolitik in der Thematik der Verhaltenssucht soll weitergeführt werden. Dabei könnte das Thema aus Sicht der Sozialen Arbeit im Sinne der Relevanz und der Aufnahme in den ICD-10 behandelt und untersucht werden.
- Eine Beratungsstelle bzw. Fachstellen für Sportsucht bzw. Verhaltenssucht, wie sie bereits in Form vom Zentrum für Verhaltenssuchte Escape in Zürich besteht, verfügt über das nötige Fachwissen und die passenden Instrumente, wodurch eine zielgruppenspezifische Behandlung und Begleitung möglich ist. Denkbar wäre eine ausführliche Bedarfsabklärung bezüglich Verhaltenssuchte.
- Um einen professionellen Umgang mit der Thematik in der Praxis zu finden, sollten Instrumente für die Bestimmung und Einordnung der Sportsucht im Sinne von Checklisten und Fragebögen für die Betroffenen erstellt werden. Weiter könnte in Form von Kampagnen in der Öffentlichkeitsarbeit auf das Thema aufmerksam gemacht werden. Dies könnte in Form einer Projektarbeit durchgeführt werden.
- Als weiteren, konkreten Auftrag für die Stärkung des Themas der Sportsucht könnte in Form einer quantitativen Forschungsarbeit eine gesamtschweizerische Studie über die aktuelle Prävalenzrate der sportsüchtigen Personen in der Schweiz gemacht werden.



Quellenverzeichnis

9 Quellenverzeichnis

- Beckert, Bernd-Michael & Brömer, Horst (2002). Sucht / Suchtgefährdung. In Wolf Manfred, Mulot Ralf & Seidl Marie (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. (5. Aufl., S. 955-956). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge – Eigenverlag.
- Bellebaum, Alfred (2002). Soziale Probleme. In Wolf Manfred, Mulot Ralf & Seidl Marie (Hrsg.), *Fachlexikon der sozialen Arbeit*. (5. Aufl., S. 863-864). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge – Eigenverlag.
- Bergmann, Rolf (2002). Soziale Veränderung bei Sucht. In Fengler Jörg (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention*. (S. 506-509). Landsberg/Lech: ecomed.
- Berwert, Adrian; Rütter, Hein; Nathani, Carsten; Holzhey, Matthias & Zehnder, Michael (2007). *Sport und Wirtschaft Schweiz. Wirtschaftliche Bedeutung des Sports in der Schweiz*. Magglingen: Bundesamt für Sport [BASPO].
- Breuer, Simone & Kleinert, Jens (2009). Primäre Sportsucht und bewegungsbezogene Abhängigkeit – Beschreibung, Erklärung und Diagnostik. In Batthyány Dominik & Pritz Alfred (Hrsg.), *Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte*. (S. 191-218). Wien: Springer-Verlag.
- Castillon, Marc (2007). *Das Phänomen der Sportsucht. Hauptseminararbeit* (1. Aufl.). Berlin: GRIN Verlag.
- Gross, Werner (1990). *Sucht ohne Drogen. Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
- Grüsser, M. Sabine & Thalemann, N. Carolin (2006). *Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung*. Verlag Hans Huber: Bern.
- Fengler, Jörg (2002). Co-Abhängigkeit. In Fengler Jörg (Hrsg.), *Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention*. (S. 100-105). Landsberg/Lech: ecomed.
- Hafen, Martin (2009). *Modul 308 Soziale Arbeit und Gesundheit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.

- Häfeli, Jörg (2010). *Theorieverständnis. Das Verhältnis von Prävention – Früherkennung/-intervention – Behandlung*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2005/2006). *Risiko- und Schutzfaktoren von Abhängigkeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Häfeli, Jörg (2005). *Sucht und Abhängigkeit. Grundlagen 1: Zum Suchtbegriff: Theorien – Erklärungsmodelle*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Heckmann, Wolfgang (2005). Sucht. In Kreft Dieter & Mielenz Ingrid (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik*. (5. Aufl., S. 935-938). Weinheim und München: Juvena Verlag.
- Hillmann, Karl-Heinz (2007). *Wörterbuch der Soziologie*. (5. Aufl.). Stuttgart: Alfred Körner Verlag.
- Knobloch, Jörg; Allmer, Henning & Schack Thomas (2000). Sport und Sucht – Ausdauer- und Risikosportarten. In Poppelreuter Stefan & Gross Werner (Hrsg.), *Nicht nur Drogen machen süchtig. Entstehung und Behandlung von stoffungebundenen Süchten*. (S. 181-208). Weinheim: Psychologie Verlag Union.
- Kolitzus, Helmut Dr. (2009). *Im Sog der Sucht. Von Kaufsucht bis Onlinesucht: Die vielen Gesichter der Abhängigkeit*. München: Kösel-Verlag.
- Kreft, Dieter (2005). Sport. In Kreft Dieter & Mielenz Ingrid (Hrsg.), *Wörterbuch der sozialen Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. (5. Aufl., S. 908-911). Weinheim und München: Juvena Verlag.
- Krüger, Michael (2001). Sport und Soziale Arbeit. In Otte Hans-Uwe & Thiersch Hans (Hrsg.), *Handbuch Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. (2. Aufl., S. 1813-1819). Neuwied; Kriftel: Luchterhand.
- Ladewig, Dieter (1996). *Sucht und Suchtkrankheiten. Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Beck.
- Lamprecht, Markus; Fischer, Adrian & Stamm, Hanspeter (2008). *Sport Schweiz 2008. Das Sportverhalten der Schweizer Bevölkerung*. Magglingen: Bundesamt für Sport BASPO.

- Loviscach, Peter (2008). Sucht- und Drogenhilfe. In Chassé Karl August & Von Wensierski Hans-Jürgen (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (4. Aufl., S. 384-397). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- March, Alexander (2004). *Sport in der Suchtgesellschaft – Suchttendenzen im Sport. Prävention und Identität im Fluchtpunkt zweier Moderne-Konzeptionen*. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Mayer, Otto Horst (2009). *Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung* (5. Aufl.). München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.
- Metzger, Marius (2008). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Rosenhagen, Günter (2005). Sozialarbeit in der Suchtkrankenhilfe. In Ortmann Karlheinz & Waller Heiko (Hrsg.), *Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder*. (S. 76-87). Hohengehren: Schneider Verlag GmbH.
- Schmid, Otto (2009). *Motivational Interviewing*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Schmocker, Beat (2007). *Berufstheorien der Sozialen Arbeit*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Seglias, Hendri (1999, Nov.). Multimorbidität – Umgang mit Mehrfachbelastung in der Suchttherapie. Herausforderung für das Behandlungsteam – aus Sicht der Sozialarbeit. *SozialAktuell*, (19), 25-39.
- Stremlow, Jürgen (2006). *Kurzbeschrieb Leitfadeninterview*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Van der Linde, François (2009, Jan.). Stillstand oder Innovation? Rückblick auf die schweizerische Drogenpolitik der letzten 25 Jahre und Ausblick auf Modelle der Zukunft. *SozialAktuell*, (1), 12-15.
- Van der Linde, François (2006). Psychoaktiv.ch: Neue Empfehlungen für die schweizerische Drogenpolitik. *abhängigkeiten*, (3), 17-24.
- Von Kardorff, Ernst (2008). Soziale Arbeit und Soziale Dienste im Gesundheitswesen. In Chassé Karl August & Von Wensierski Hans-Jürgen (Hrsg.), *Praxisfelder der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. (4. Aufl., S. 351-368). Weinheim und München: Juventa Verlag.

Weber, Esther (2003). *Beratungsmethodik in der Sozialarbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule für Soziale Arbeit Luzern.* (2. Aufl.). Luzern: interact Verlag.

Internetquellen:

ICD-10 (ohne Datum). *Homepage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision.* Gefunden am 12. Juni 2010, unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/index.htm>

ICD-10 Essstörungen (ohne Datum). *Homepage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten F50-F59.* Gefunden am 12. Juni 2010, unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f50-f59.htm>

ICD-10 Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle (ohne Datum). *Homepage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten F60-F69.* Gefunden am 12. Juni 2010, unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f60-f69.htm>

ICD-10 Zwangsstörung (ohne Datum). *Homepage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten F40-F48.* Gefunden am 12. Juni 2010, unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm>

International Federation of Social Work (ohne Datum). *Homepage der International Federation of Social Work.* Gefunden am 02. Mai 2010, unter <http://www.ifsw.org/p38000409.html>

KOF Konjunkturforschungsstelle der ETH Zürich (ohne Datum). *Homepage der ETH Zürich.* Gefunden am 17. Juli 2010, unter <http://www.kof.ethz.ch/news/?t=ga>

Bundesamt für Gesundheit (ohne Datum). *Homepage des Bundesamts für Gesundheit.* Gefunden am 20. Juli 2010, unter http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05141/05268/index.html?lang=de



Anhang

Anhang

Anhang A: Gesprächsleitfaden Expertengruppe 1

Info und Orientierung Expertin/Experte über Aufnahme, Datenschutz, Rahmenbedingungen des Gesprächs: Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Forschungsarbeit geht und was anschliessend mit den gewonnenen Daten gemacht wird.

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am ... von ... geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftlicht werden darf in Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit.

InterviewpartnerIn fragen, ob sie/er soweit ist für das Interview oder ob noch allgemeine Fragen vorhanden sind.

Eisbrecherfrage

Leitfrage 1: Welchen Stellenwert hat Sport in der heutigen Gesellschaft?

Unterfragen:

- Ist das exzessive Sporttreiben ein Ersatz für nicht gelebte Gefühle in der heutigen Leistungsgesellschaft (Sport als „Sensitivverstärker“)?
- In der Bewegungspyramide der BASPO sind minimale Anforderungen für die Gesundheitsförderung durch Bewegung genannt. Ist die Umsetzung realistisch oder können solche Vorgaben auch zusätzlichen Druck auf die Personen ausüben?
- Wird der wirtschaftliche Nutzen höher gewertet, als die möglichen Gefahren des Sports?
- Inwieweit führt das Ansehen und der hohe Stellenwert des Sports dazu, dass über die Gefahren hinweg gesehen wird?
- Worin sehen Sie die grösste Chancen sowie Gefahren des Sports?

Leitfrage 2: Welche Veränderungen sind in Bezug auf das Sportverhalten festzustellen und was sind die Gründe dafür?

Unterfragen:

- Kann Sport die fehlenden Kontroll- und Haltevorrichtungen in der heutigen Gesellschaft überhaupt ersetzen (Orientierungslosigkeit in einer individualisierten und fremdbestimmten Lebenswelt)?
- Weshalb hat Sport heute diesen grossen Stellenwert und gilt als wichtigste Freizeitaktivität?

Leitfrage 3: Inwieweit ist Ihnen das Phänomen der Sportsucht bekannt/ein Begriff?

Unterfragen:

- Was verstehen Sie unter dem Begriff Sportsucht?
- Welche Formen/Arten der Sportsucht kennen Sie (anorexia athletica, primäre und sekundäre Sportsucht)?
- Kann Sportsucht als eigenständige Sucht benannt werden oder kommt diese nur in Kombination mit einer Essstörung vor?
- Welche Indikatoren und Auswirkungen sind Ihnen bekannt?
- Könnte die Sportsucht nicht auch als „gesunde Sucht“ bezeichnet werden?

Leitfrage 4: Welche Erklärungsansätze für die Entstehung der Abhängigkeit (Sportsucht) gibt es und wie kann gegen die Sucht vorgegangen werden?

- Unterfragen:
- Welche Gründe sind Ihrer Meinung nach ausschlaggebend, um eine Sportsucht zu entwickeln und um die Sucht über längere Zeit fortzuführen?
- Ab wann wird von Sportsucht gesprochen? Wo liegt die Grenze zwischen Hochleistungssport und Sportsucht (inwiefern kann diese Grenze überhaupt gezogen werden)
- Worin besteht die Hauptschwierigkeit, eine Sportsucht zu erkennen und wie kann auf eine betroffene Person zugegangen werden?
- Welche Personen sind anfällig, eine Sportsucht zu entwickeln?
- Welche Sportarten sind prädestiniert?
- Wie hoch wird das Problem einer Suchtverlagerung eingestuft?
- Welche sozialen Folgeprobleme können aus der Sportsucht entstehen?
- Welche therapeutischen resp. beraterischen Interventionen erscheinen erfolgreich?

Leitfrage 5: Wie sieht Ihrer Meinung nach die zukünftige Entwicklung des Phänomens der Sportsucht aus?

Unterfragen:

- Wäre es Ihrer Ansicht nach sinnvoll, die Verhaltenssüchte, zu welchem auch die Sportsucht gehört, in den ICD 10 oder in den DSM IV-Katalog aufzunehmen? Was wären die Vor- und Nachteile davon?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, was die Soziale Arbeit zum Thema Sportsucht beitragen kann (Intervention, Beratung, Fachwissen)?
- Wie wird sich das Phänomen der Sportsucht in den nächsten 20 Jahren in der Schweiz weiter entwickeln und wird sich das Bewusstsein gegenüber diesem Thema verändern?

Anhang B: Gesprächsleitfaden Expertengruppe 2

Info und Orientierung Expertin/Experte über Aufnahme, Datenschutz,

Rahmenbedingungen des Gesprächs: Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Forschungsarbeit geht und was anschliessend mit den gewonnenen Daten gemacht wird.

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am ... von ... geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftlicht werden darf in Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit.

InterviewpartnerIn fragen, ob sie/er soweit ist für das Interview oder ob noch allgemeine Fragen vorhanden sind.

Eisbrecherfrage

Leitfrage 1: Inwieweit ist Ihnen das Phänomen der Sportsucht bekannt/ein Begriff?

Unterfragen:

- Wie schätzen Sie den Stellenwert des Sports in der heutigen Gesellschaft ein?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff Sportsucht?
- Welche Formen/Arten der Sportsucht kennen Sie (anorexia athletica, primäre und sekundäre Sportsucht)?
- Kann Sportsucht als eigenständige Sucht benannt werden oder kommt diese nur in Kombination mit einer Essstörung vor?
- Welche Indikatoren und Auswirkungen sind Ihnen bekannt?
- Könnte die Sportsucht nicht auch als „gesunde Sucht“ bezeichnet werden?

Leitfrage 2: Welche Möglichkeit hat die Soziale Arbeit bei der Intervention bei Verhaltenssüchten und somit auch bei der Intervention bei Sportsucht?

Unterfragen:

- Welche sozialen Folgeprobleme entstehen bei einer Sportsucht?
- Welche Kompetenzen (fachlich und methodisch) hat die Soziale Arbeit in der Suchtberatung?
- Welche Aufgabe/Rolle übernimmt die Soziale Arbeit in der Suchtberatung?
- Wie trägt die Soziale Arbeit zur Stabilisierung bei Suchtbetroffenen bei?
- Welche Möglichkeiten sehen Sie, was die Soziale Arbeit zum Thema Sportsucht beitragen kann (mit ihrem Fach- und Methodenwissen)?
- Wie gehen Sozialarbeitende auf Suchtbetroffene zu?

- Welche Art von Intervention schien bis anhin erfolgreich?
- Wie gehen Sozialarbeitende genau vor, wenn eine Kombination aus Essstörung und Sportsucht besteht? Was ist die Hauptschwierigkeit dabei und welche Chancen bieten sich allenfalls aus dieser Situation?

Leitfrage 3: Welche Erklärungsansätze für die Entstehung der Abhängigkeit (Sportsucht) gibt es und wie kann gegen die Sucht vorgegangen werden?

Unterfragen:

- Welche Gründe sind Ihrer Meinung nach ausschlaggebend eine Sportsucht zu entwickeln und diese über längere Zeit fortzuführen?
- Ab wann wird von einer Sportsucht gesprochen? Wo liegt die Grenze zum Hochleistungssport und kann diese Grenze überhaupt gezogen werden?
- Worin besteht die Hauptschwierigkeit eine (Sport-)Sucht zu erkennen?
- Welche Personen sind anfällig, eine Sportsucht zu entwickeln?
- Welche Sportarten sind Ihrer Ansicht nach vor allem betroffen?
- Wie hoch stufen Sie das Problem einer Suchtverlagerung ein und wie können Sozialarbeitende dieser Verschiebung entgegen wirken?
- Kann eine Suchtverlagerung, z.B. die Verschiebung von einer Drogenabhängigkeit in die Sportsucht, nicht auch ein Lösungsansatz für die Soziale Arbeit sein (günstiger, Ablösung von jeglichen klinischen und therapeutischen Institutionen etc.)

Leitfrage 4: Wie sieht Ihrer Meinung nach die zukünftige Entwicklung des Phänomens der Sportsucht aus?

Unterfragen:

- Wäre es Ihrer Ansicht nach sinnvoll, die Verhaltenssüchte, zu welchem auch die Sportsucht gehört, in den ICD 10 oder in den DSM IV-Katalog aufzunehmen? Was wären die Vor- und Nachteile davon?
- Was kann die Soziale Arbeit in Zukunft bei der Intervention von Verhaltenssüchten beitragen oder verbessern?
- Wie könnte dieser Erscheinung, dass sich Menschen immer mehr über Leistung, unter anderem im Sport, definieren, entgegen gewirkt werden? Welche Mittel würde es dazu benötigen? Welche Rolle spielt dabei die Soziale Arbeit?
- Wie wird sich das Phänomen der Sportsucht in den 20 Jahren in der Schweiz weiter entwickeln und wird sich das Bewusstsein gegenüber diesem Thema verändern?

Anhang C: Leitfaden der Direktbetroffenen

Info und Orientierung Direktbetroffene über Aufnahme, Datenschutz,

Rahmenbedingungen des Gesprächs: Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen noch einmal kurz erzählen, worum es in unserer Forschungsarbeit geht und erklären, was im Anschluss mit den gewonnenen Daten gemacht wird.

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das mit mir am ... von ... geführte Gespräch auf Tonband aufgenommen und verschriftlicht werden darf in Hinblick auf die Durchführung der wissenschaftlichen Arbeit. Die Daten werden in anonymisierter Form wiedergegeben.

InterviewpartnerIn fragen, ob sie/er soweit ist für das Interview oder ob noch allgemeine Fragen vorhanden sind.

Eisbrecherfrage

Leitfrage 1: Wie hat sich deine Sportsucht gezeigt?

Unterfragen:

- Wie lange warst du akut von der Sucht betroffen?
- Wie hast du gemerkt, dass du von einer Sucht betroffen bist?
- Kannst du kurz deinen Tagesablauf beschreiben, als deine Sucht noch akut war?

Leitfrage 2: Wie ist deine Suchtgeschichte verlaufen und welche Auswirkungen haben sich gezeigt?

- Unterfragen:
- Was war dein primärer Grund, exzessiv Sport zu treiben (z.B. Trainingsverbesserung, fitter werden, Gewichtsreduktion)?
- Mit welcher Sportart konntest du den Bewegungsdrang ausgleichen?
- Wie oft hast du trainiert?
- Wie hat sich die Sucht bei dir ausgewirkt (physische, psychische Folgen)?
- Was waren die sozialen Folgeprobleme dieser Sucht (z.B. in der Schule, Arbeit, Familie, Freunde etc.)?
- Wie hat dein soziales Umfeld darauf reagiert?
- Hast du bei Inaktivität Entzugssymptome bemerkt, und wenn ja, welche?
- Welche Symptome konntest du allgemein bei dir feststellen?
- Inwiefern hat dich das heutige Idealbild der Gesellschaft beeinflusst (schlank sein, sportlich sein, jung bleiben, Leistung bringen etc.)?

Leitfrage 3: Wie ist dir der Ausstieg aus der Sucht gelungen?

- Unterfragen:
- Was hat dich dazu bewegt, etwas gegen die Abhängigkeit zu unternehmen?
- Welche Art von Unterstützung hat dir geholfen (privat sowie professionell)?
- Falls du professionelle Hilfe in Anspruch genommen hast, welche Art von Therapie/Beratung (Verhaltenstherapie, amb. Beratung Suchtfachstelle etc.) hat dir geholfen, resp. nicht geholfen? War in diesem Helfersystem auch ein Sozialarbeiter/eine Sozialarbeiterin dabei?

- Was hat dir bei der professionellen Hilfe gefehlt? Was hättest du dir zusätzlich gewünscht (z.B. Selbsthilfegruppe, Vernetzung mit anderen Fachstellen etc.)?
- Welche Bedeutung hat der Sport heute für dich? Wie gehst du heute damit um? Wirst du heute noch durch professionelle Hilfe unterstützt?

Anhang D: Befragte Interviewpersonen

Ausgewählte InterviewpartnerInnen für den empirischen Teil Bachelorarbeit

Fachpersonen zum Thema Sportsucht	Fachdisziplin	Institution	Interviewtermin und –standort
1	(Sport-)Soziologe	Lamprecht und Stamm – Sozialforschung und Beratung AG Zürich	30. April 2010, 14.00 Uhr Lamprecht & Stamm- Sozialforschung AG Zürich
2	Sportpsychologe	Bundesamt für Sport BASPO, Magglingen	07. Mai 2010 14 Uhr, BASPO Magglingen
3	Leitende Psychologin	Klinik Wysshölzli, 3360 Herzogenbuchsee/BE	7. Mai 2010, 10.00 Uhr, Klinik Wysshölzli
Fachpersonen aus der Sozialen Arbeit	Fachdisziplin	Institution	Interviewtermin und -standort
4 und 5	Sozialarbeiterinnen	SoBZ Stadt Luzern (Sozialberatungszentrum)	28. Mai 2010, 08.00 Uhr, SoBZ Luzern
6	Sozialpädagoge	Kontakt Uri – Kantonale Suchtberatungsstelle	28. Mai 2010, 14.00 Uhr Altdorf
7	Sozialarbeiterin	Sozialamt Stadt Luzern	04. Juni 2010, 09.00 Uhr, SA Stadt Luzern
Ehemalige Direktbetroffene	Art der Sportsucht	Region	Interviewtermin und –standort
8	Parallelabhängigkeit	Kanton Luzern	11. Juni 2010, 10.00 Uhr, Hochschule Luzern Soziale Arbeit
9	Primäre Sportsucht	Kanton Zug	11. Juni 2010, 14 Uhr, Hochschule Luzern Soziale Arbeit

Anhang E: Auszug aus den Auswertungsergebnissen – Mühlfeld Claus Stufe 2

Erklärungsansätze und Auswirkungen

Entstehung der Abhängigkeit	Prädestinierte Personen sowie Sportarten	Soziale Folgeprobleme
<p>M.J.: „Das Thema ist ja Sportsucht. Jedes Verhalten kann grundsätzlich und theoretisch zur Sucht werden auch Kaufsucht oder Spielsucht. Dort wo eine Sucht vorhanden ist, geht es wirklich um eine Kompensation und Überdeckung von nicht angenehmen Gefühlen. Es gibt ganz klare Kriterien von Sucht und Suchtverhalten: Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang. Und das wird bei der Sportsucht auch so sein. Wenn ich etwas gegessen habe, muss ich nachher 2h ins Fitnessstudio gehen. Auch verminderte Kontrollfähigkeit. Das zielt mehr auf die Ausführung dieses Verhaltens. Wie man das bei Sportsucht auch sieht. - Positive Gefühle entstehen, sobald dieses Verhalten ausgeführt wird. Der Sportsüchtige muss das haben, ohne das geht es nicht. Er kommt fast in einen Entzug, wenn der Sport nicht ausgeübt werden kann. Dann treten verschiedene Entzugssymptome auf...also zum Beispiel Gereiztheit. Es gibt ja zum Teil Junge, die trotz Verletzungen Sport machen müssen, sonst fühlen sie sich psychisch schlecht und begleitet mit diesen Entzugerscheinungen. - Toleranz. Also Dosissteigerung gehört zu jeder Sucht. Dies fängt irgendwann an und dann wird es immer mehr und mehr sein. Um das gute Gefühl zu behalten, muss mehr und härter trainiert werden. Beziehungen werden vernachlässigt weil soviel Zeit in den Sport investiert wird.“</p> <p>M.J.: „In diesem Zusammenhang noch der Link zu</p>	<p>M.J.: „Ein wichtiger Punkt ist Perfektionismus und ein tiefes Selbstwertgefühl. Hinzu kommen Menschen, die sexuelle Übergriffe erlebt haben, an posttraumatischen Erlebnissen leiden oder andere grosse psychische Belastungen haben. Eine Essstörung ist ein gescheiterter Lösungsversuch. Die Personen haben keinen anderen Umgang damit gelernt.“</p> <p>M.J.: „Zudem haben diese Leute keine anderen Strategien gelernt, wie sie mit den Problemen oder ja, Konflikten umgehen können. Dadurch haben sie für sich diese Lösung gefunden.“</p> <p>M.J.: „Also sicher alle Ausdauersportarten, dann die ganzen Fitnessstudios, der Schwimmbereich, der Laufsport, so Marathon, Triathlon. Leichtathletik, Ballet und so allgemein Tanzsport. Überall wo auch das Körpergewicht eine grosse Rolle spielt, wo das Gewicht ganz gezielt auch eine Rolle spielen kann, auf die Leistung und so. Da verleitet es dann viele Personen dazu, am Gewicht etwas zu machen.“</p>	<p>M.J.: „Weiteres Ausführen der sportlichen Aktivität trotz eigener Schädigung oder Vernachlässigung des Umfeldes. z.B. in einer Familie, wenn der Vater immer Sport treiben muss und er das nicht ändern kann, trotz Vernachlässigung des sozialen Umfeldes.“</p> <p>M.J.: „Ja wenn es natürlich zu einem Untergewichtszustand kommt, hat es die Folgen von Untergewicht, also: Ausbleiben der Menstruation, veränderter Hormonhaushalt, Osteoporose, Unterernährung, Depressionen...Die Sucht führt auch zur Isolation. Die Betroffenen ziehen sich zurück...leben isoliert, gehen nicht mehr mit Freunden weg, unternehmen nichts mehr. Also totaler Rückzug teilweise vom sozialen Umfeld. Dazu kommt ein mangelndes Selbstbewusstsein. Es ist noch schwierig zu sagen, was ist physisch was ist psychisch.oder was zuerst ist. Eine depressive Frau erhält Essprobleme. Essprobleme können psychische Probleme verstärken. Es ist multikomplex, wie die Frage danach, ob zuerst das Ei oder das Huhn war. Die physische sowie psychische Komponente sind in einem starken Zusammenhang.“</p> <p>M.J.: „Der körperliche Verschleiss ist natürlich ein ganz grosses Problem. Die gesundheitlichen Schäden beeinträchtigen jemanden dann stark und führen zu Kosten, zu Einschränkungen und ja, somit auch zu sozialen Problemen. Der soziale Rückzug ist ganz</p>

<p>den Essstörungen. Bei der Essstörung oder bei der Anorexie, ist auch die Frage der Bewegungsdrang. Aber das muss man jetzt nicht als Sportsucht bezeichnen. Sondern das ist Bewegungsdrang wo zum Teil zu einer Essstörung führt, wo es aber primär darum geht, Kalorien zu reduzieren. Es ist auch ein Zwang, dass die Person dann zum Beispiel Laufen gehen muss, aber es ist immer noch mehr eine Essstörung als eine Sportsucht. Der Bewegungsdrang ergibt sich daraus, dass die Betroffenen, die an der Essstörung leiden, Kalorien verbrennen wollen. Die wenige Nahrung, die sie aufgenommen haben, muss durch Training, oder wollen sie durch sportliche Aktivitäten wieder los werden. Oder dass sie einfach zu viel Nahrungsaufnahme zu sich nehmen. Aber es gibt auch sehr viele Leute die machen sehr viel Sport um Essattacken zu kompensiert. Das gehört auch zu einem Zwang.“</p> <p>M.J.: „Im ersten Moment, fühlt sich eine Person besser, nach dem Verhalten oder einem Konsum oder was auch immer. Zunächst tritt ein gutes Gefühl ein... Nach einem Wettkampf fühlen sich die Menschen wertvoller, man fühlt sich als etwas Besonderes. Beim Substanzmissbrauch ist es ähnlich, nach der Einnahme fühlt sich die Person besser. Erst später, wird das Verhalten zum eigentlichen Problem, weil dann die Gründe zum Ausüben des Verhaltens mannigfaltig sein können und die aktuelle Dosis für das gleiche Problem nicht mehr ausreicht, dann muss es immer mehr, und mehr sein.“</p>		<p>stark vorhanden. Die Betroffenen nabeln sich ab und machen nur noch sehr wenig in Gesellschaft. Sie sind dann ja isoliert. Es kommt zur Vernachlässigung von Familie, Freunden, Bekanntenkreis und auch vom Beruf. Bei den Spitzensportlern weiss man ja, dass das hohe Sportpensum früher oder später zu einem körperlichen Verschleiss führt oder ja...die Gesundheit tangiert wird, die Gesundheit nicht mehr gewährleistet ist, obwohl man eigentlich etwas grundsätzlich Gesundes tut.“</p> <p>M.J.: „Ja, das Risiko ist wirklich vorhanden. Ich würde es als grosses Risiko bezeichnen. Eine Person verlagert dann ihr Kompensationsverhalten. Das hat einen Zusammenhang damit, dass jemand keine andere Strategie hat, mit einem Problem, einer Belastung und so weiter umzugehen. Also verlagert sie das eine Verhalten in eine andere Verhaltensweise. Ein Beispiel wäre da vielleicht eine Frau, die eine Essstörung hatte, davon weg kommt und danach mit dem Alkoholkonsum beginnt. Oder ja, wenn Drogenabhängiger später trinkt oder exzessiv Sport treibt.“</p> <p>M.J.: „Also ich würde schon finden, dass Sport besser ist als andere Süchte wie Heroin et cetera. Also ja, es ist sicher besser, als harte Drogen zu konsumieren. Ich habe das Gefühl, dass die Folgeschäden oder die Auswirkungen bei der Sportsucht weniger gravierend sind, jedenfalls teilweise, als bei harten Drogen. Durch chemische Substanzen wird der Körper ja arg in Mitleidenschaft gezogen. Oder Delinquenz droht. Das ist bei Sportsucht weniger der Fall oder kommt eigentlich dort gar nicht vor.“</p>
---	--	--