



Depressionen, Alkohol, Essstörungen

Dépressions, alcool, troubles des comportements alimentaires

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Leistungssportlern

Prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique des sportifs de compétition

Karsten Henkel¹, Annegret Drangmeister¹, Frank Schneider¹, D-Aachen; Eberhard Belz², D-Konstanz/Winterthur

- **Psychische Störungen und Erkrankungen wie Depressionen, erhöhter Alkoholkonsum und Essstörungen kommen im Leistungssport häufiger vor, als allgemein vermutet wird.**
- **Besonders vulnerable Phasen sind der Übergang zu Leistungskadern, Verletzungen oder das Karriereende.**
- **Da psychische Krankheiten immer noch als Stigma angesehen werden, nehmen die Betroffenen oft nicht direkt Kontakt mit Psychiatern oder Psychotherapeuten auf.**
- **Es ist wichtig, auch Trainer und Betreuer für Symptome psychischer Störungen zu sensibilisieren.**
- **Eine Pharmakotherapie mit modernen Antidepressiva stellt in der Regel auch im Leistungssport kein Problem dar.**

- *Les troubles psychiques et les pathologies telles que les dépressions, une consommation d'alcool élevée et les troubles des comportements alimentaires sont plus fréquents dans le sport de compétition qu'on ne l'imagine généralement.*
- *Les phases particulièrement vulnérables sont l'intégration dans une équipe de haut niveau, les blessures ou la fin de carrière.*
- *Étant donné que les maladies psychiques sont toujours considérées comme stigmatisantes, les patients ne prennent souvent pas contact directement avec les psychiatres ou les psychothérapeutes.*
- *Il est important de sensibiliser l'entraîneur et le dirigeant aux symptômes des troubles psychiques.*
- *Une pharmacothérapie avec des antidépresseurs modernes ne présente en général pas de problèmes dans le sport de compétition.*

■ Entgegen der landläufigen Meinung, die Leistungssport überwiegend mit körperlicher und seelischer Gesundheit assoziiert, steigt zunehmend die Evidenz für die Existenz psychischer Störungen auch im sportlichen Leistungssektor [1]. Neben anekdotischen Berichten über Depressionen, Suchterkrankungen, Essstörungen und Suiziden bei Spitzensportlern liegen mittlerweile vereinzelte Querschnittsuntersuchungen vor, die einen Einblick in den Zustand der seelischen Gesundheit bei Leistungssportlern erlauben und sich einer Prävalenzeinschätzung psychischer Störungen nähern.

Bis zu einem Viertel aller Leistungssportler ist betroffen

Eine Umfrage der internationalen Profifussballvereinigung FIFPro bei aktiven Spielern weist auf eine psychische Symptombelastung bei etwa bis zu einem Viertel der Befragten hin [2]. Symptome von Ängstlichkeit, Depressivität und Problemen des Essverhaltens wurden mit je etwa 25% am häufigsten angegeben. 10% der Befragten berichteten über allgemeinen Distress, fast 20% über gesteigerten Alkoholkonsum, 7% über Nikotinkonsum. In einer anderen Befragung klagten in einer Kohorte deutscher Athleten gemäss Selbstzuschreibung knapp je 10% über Essstörungen und Depressionen [3]. Diese Symptombelastung allein entspricht noch nicht der Diagnose einer psychischen Erkrankung, weist jedoch darauf hin, dass auch bei Leistungssportlern besondere Aufmerksamkeit auf Vorzeichen und Frühsymptome psychischer Störungen gelegt werden sollte.

Eine Querschnittstudie anhand klinischer Kriterien stellte unter französischen Olympiateilnehmern bei etwa 17% eine manifeste psychische Erkrankung fest [4]. In einer Stichprobe unter deutschen Elitesportlern wurde eine Depressionsrate von etwa 15% ermittelt; Depressionen kamen bei Individualsportarten häufiger vor [5]. Untersuchungen zur Todesursache bei Leistungssportlern belegen ferner, dass



Credits auf

medzinonline.ch
FACHPORTAL FÜR ÄRZTE

Einloggen, Fragen beantworten und direkt zum Zertifikat gelangen

¹ Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen

² Institut am Seerhein, Konstanz; Praxis Dr. Belz, Winterthur

etwa 11% der Todesfälle auf Suizide zurückzuführen sind [6]. Die auftretenden Störungsbilder können sportspezifische Besonderheiten aufweisen, deren Kenntnis eine frühzeitige und adäquate Diagnose ermöglicht (**Tab. 1**) [7].

Der Einsatz von Elementen der modernen Trainingslehre und Mentalcoaches ist eher auf eine Stärkung kompetitiver Aspekte der Persönlichkeit und der Wettkampffähigkeit ausgelegt als auf die Verbesserung psychischer Störungen. Entsprechend verwundert es nicht, dass in der FIFPro-Studie nur etwa 5% der Spieler über «Burnout» und 3% über vermindertes Selbstbewusstsein klagten [6]. Die körperliche Aktivität selbst und die durch den Sport bestehenden sozialen Kontakte sind eher protektive Faktoren [8]. Diese mögen zwar die Resilienz hinsichtlich psychischer Belastungen steigern, sie verhindern offensichtlich aber nicht das Auftreten psychischer Erkrankungen.

Vulnerable Phasen

Sportler in bestimmten Phasen des potenziellen Scheiterns, besonders beim Übergang zu Leistungskadern, bei Verletzungen oder am Karriereende, stellen eine besondere Risikopopulation dar. Da der Übergang vom Junioren- und Amateur- in den Kader- und Leistungsbereich bei vielen Sportarten bereits vor dem 18. Lebensjahr stattfindet, ist die Zusammenarbeit mit ambulanten und stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) mit entsprechender Expertise notwendig, aber oft eine besondere organisatorische Herausforderung. Schwere oder langwierige Verletzungen im Leistungssport sind meist mit erheblichen finanziellen Risiken verbunden [9]. Über 50% der deutschen Spitzensportler berichten über Existenzängste [3].

Von besonderer Relevanz ist die Versorgung am Karriereende und darüber hinaus. In der FIFPro-Studie gaben bis zu 40% der ehemaligen Fussballer (im Durchschnitt fünf Jahre nach Karriereende) Ängste und Depressivität bzw. vermehrten Alkoholkonsum an. Knapp 20% berichteten Distress bzw. 15% Burnout-Symptome [6]. Bei etwa der Hälfte der Profifussballer sind Verletzungen der Grund für die Beendigung der Laufbahn, bei 20% handelt es sich um akute Verletzungen. Es wird davon ausgegangen, dass bis zu 20% der ehemaligen Athleten im Leistungssport psychische Störungen entwickeln und therapeutische Hilfe benötigen. Viele Sportler verlieren eine vorherige intensive, medizinische und sozioökonomische Unterstützung, oft auch verbunden mit einem finanziellen und sozialen Abstieg, sofern sie keine parallele Berufskarriere vorbereiten oder aufbauen konnten.

Auch im weiteren Lebensverlauf sollte präventiv eine besondere Aufmerksamkeit auf den psychischen Gesundheitszustand gelegt werden, da eine hohe Prävalenz für chronische Beschwerden wie Degenerationen und Schmerzsyndrome des muskuloskelettalen Systems besteht und eine chronische Behandlung mit Schmerzmitteln häufig ist. Ferner besteht eine zunehmende Evidenz für das erhöhte Risiko für neurodegenerative und demenzielle Erkrankungen, insbesondere nach wiederholten Schädelhirntraumata im Kontakt-, Renn- und Reitsport.

Tab. 1: Sportspezifische Ausprägungen psychischer Störungsbilder

Affektive Störungen	Depressive Symptome beim Übertrainingssyndrom, symptomatische affektive Störung nach Schädel-Hirn-Trauma
Essstörungen	Anorexia athletica, «Athletentriade» (Essstörung, Menstruationsstörung, Osteoporose), Orthorexia nervosa, Adipositas athletica
Körperschemastörungen	Muskeldysmorphie
Substanzabusus	Prophylaktische Schmerzmittelaufnahme, Doping
Verhaltenssüchte	Bewegungssucht, Lausucht, Spielsucht (Sportwetten)
Neurodegenerative Erkrankungen	Chronisches postkontusionelles Syndrom, chronische traumatische Enzephalopathie, Dementia pugilistica («Boxer-Syndrom»)

nach [7]

Besonderheiten der Versorgung

Leistungssportler sind manchmal darauf angewiesen, medizinische Versorgung auch ausserhalb üblicher Behandlungszeiten zu erhalten [10]. Ihre sportliche Aktivität ist oft mit erheblicher Reisetätigkeit verbunden. Trainingspläne werden oft kurzfristig erstellt, weshalb eine zeitliche Flexibilität erforderlich ist. Zudem besteht gelegentlich der Wunsch nach Anonymität. Die Sportler oder Athleten wollen nicht im Wartezimmer einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis erkannt werden; dies gilt weitgehend für alle Personen des öffentlichen Lebens. Dies kann bedeuten, dass Termine ausserhalb üblicher Sprechzeiten angeboten werden sollten oder im Fall von stationären Behandlungen die Verwendung von Pseudonymen.

Einbezug des persönlichen und sportlichen Umfelds

Aufgrund der weiterhin bestehenden Stigmatisierung psychischer Erkrankungen nehmen die Betroffenen oft nicht direkt den Kontakt mit Psychiatern oder Psychotherapeuten auf. Häufiger sind es die Angehörigen, Trainer oder andere Personen aus dem sportlichen Umfeld, die sich an einen Psychiater, Psychotherapeuten oder Psychologen wenden. Trainer und Betreuer sollten auf Symptome von psychischen Störungsbildern sensibilisiert werden und über Informationen verfügen, welche adäquaten Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Dies kann durch entsprechende Qualifizierungsmassnahmen unter Beteiligung von Sportpsychiatern und -psychotherapeuten erreicht werden.

Eine besondere Rolle haben auch die somatischen Behandler, vor allem die Sportmediziner, weil sich psychische Erkrankungen im Sport oft in Form von körperlichen Symptomen äussern und eine Abgrenzung zu physiologischen oder pathologischen Körperreaktionen, z.B. dem Übertrainingssyndrom, vorzunehmen ist. Der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden hat sich in der sportmedizinischen Praxis als ein hilfreiches Instrument zum Screening für depressive Symptome bewährt [11]. Bei Hinweisen für eine relevante psychische Störung sollte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zur weiterführenden Diagnostik hinzugezogen werden.

Medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung

Häufig bestehen bei Betroffenen und Behandlern Unsicherheiten hinsichtlich der Anwendung von Psychopharmaka; wichtige Punkte sind mögliche Einflüsse auf die sportliche Leistungsfähigkeit, die Sicherheit der Einnahme und die Konformität mit Antidoping-Richtlinien. In den meisten Fällen muss aber trotz Fortführung der sportlichen Aktivität nicht auf eine Behandlung mit modernen Antidepressiva verzichtet werden. Am besten wurde Fluoxetin untersucht: Es zeigte sich kein positiver oder negativer Einfluss auf die sportliche Leistungsfähigkeit. Wegen möglicher Herzrhythmusstörungen und Gewichtsveränderungen sind Trizyklika nur Reservemedikamente. Problematisch ist vor allem der Gebrauch von Bupropion, da es insbesondere bei erhöhten Umgebungstemperaturen zu einer kritischen Überhitzung des Körpers kommen kann. Besondere Expertise, auch im Hinblick auf die Sicherheit für die Athleten, ist erforderlich, wenn im Rahmen von Ausnahmegenehmigungen potenziell leistungssteigernde Pharmaka wie z.B. Methylphenidat oder Amphetaminderivaten zur Behandlung des ADHS eingesetzt werden sollen.

Doping, Schmerzbehandlung und Abhängigkeits-erkrankungen bilden ein häufig vorkommendes Bedingungsgefüge. Prophylaktisches Handeln und entsprechende Information ist die effektivste Form und wesentliche Aufgabe in der Suchttherapie, gerade auch im sportpsychiatrischen Kontext [12].

Bei psychotherapeutischen Interventionen sind sportbezogene Ängste und mögliche psychische oder körperliche Traumatisierungen zu berücksichtigen und gezielt zu explorieren. Ein besonderer Aspekt ist der Umgang mit der Öffentlichkeit und den Medien. Unter den Verhaltenssüchten scheint pathologisches Spielen, u.a. in Form von Sportwetten, bei Sportlern eine besondere Rolle zu spielen. Eine weitere Domäne der Sportpsychotherapie ist die Behandlung sport-spezifischer, meist atypischer Essstörungen.

Beispiele für die Verbesserung der Versorgung

In Zusammenarbeit mit der Robert-Enke-Stiftung hat das deutsch-schweizerisch-österreichische Referat «Sportpsychiatrie und -psychotherapie» der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) an aktuell neun Standorten ein universitäres Netzwerk sportpsychiatrischer Sprechstunden gebildet, das mit einem Netz ambulanter Therapeuten verbunden ist und sich neben Deutschland auch auf die Schweiz und Österreich erstreckt (www.dgppn.de/sportpsychiatrie).

Fazit für die Praxis

- Psychische Störungen im Leistungssport sind keine Rarität. Für eine frühzeitige Diagnostik ist die Kenntnis sportspezifischer Besonderheiten hilfreich.
- Die Arbeit der Sportpsychiatrie und -psychotherapie endet nicht mit dem Karriereende der Sportler.
- Erforderlich ist eine Flexibilität des Behandlungssettings.
- Mitunter sind auch sozialpsychiatrische Interventionen notwendig.

- Die präventive Arbeit der Sportpsychiatrie und -psychotherapie umfasst auch die Information sowie Aus- und Weiterbildung von Trainern, Sportmedizinern, Sportpsychologen und Mentalcoaches.
- Unter entsprechenden Sicherungskontrollen ist eine antidepressive Pharmakotherapie auch im Leistungssport möglich.



Dr. med. Karsten Henkel

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Uniklinik RWTH Aachen
Pauwelsstrasse 30
D-52074 Aachen
khenkel@ukaachen.de

Literatur:

1. Schneider F: Depressionen im Sport. Der Ratgeber für Sportler, Trainer, Betreuer und Angehörige. Herbig-Verlag, München 2013.
2. Gouttebarga V: Mental illness in professional football. www.fifpro.org/en/news/study-mental-illness-in-professional-football (Zugriff: 21.11.2014).
3. Breuer C, Hallmann K: Dysfunktionen des Spitzensports: Doping, Match-Fixing und Gesundheitsgefährdungen aus Sicht von Bevölkerung und Athleten. Bundesinstitut für Sportwissenschaften 2013; 1–96.
4. Schaal K, et al.: Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One* 2011; 6: e19007.
5. Nixdorf I, et al.: Prevalence of depressive symptoms and correlating variables among German elite athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology* 2013; 7: 313–326.
6. Gouttebarga V, et al.: Mortality in international professional football (soccer): a descriptive study. *J Sports Med Phys Fitness* 2014 Oct 7; (im Druck).
7. Henkel K, Schneider F: Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern. *Sports Orthop Traumatol* 2014; 30: 339–345.
8. Henkel K, et al.: Körperliches Training bei neurologischen und psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt* 2014; 85: 1521–1528.
9. Drawer S, Fuller CW: Perceptions of retired professional soccer players about the provision of support services before and after retirement. *Br J Sports Med* 2002; 36: 33–38.
10. Glick ID, et al.: Managing psychiatric issues in elite athletes. *J Clin Psychiatry* 2012; 73: 640–644.
11. Spengler A, et al.: Depressivität – Screening und Vorkommen in der sportmedizinischen Praxis. *Dtsch Z Sportmed* 2013; 64: 65–68.
12. Reardon CL, Creado S: Drug abuse in athletes. *Subst Abuse Rehabil* 2014; 5: 95–105.