

Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie

Psychische Probleme und Erkrankungen im Leistungssport

Malte Christian Claussen^a, Simon Manuel Ewers^a, Ulrich Schnyder^a, Walter Frey^b, Christian Schmied^c, Gabriella Milos^a

^a Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital, Universität Zürich

^b balgrist move>med, Swiss Olympic Medical Center, Uniklinik Balgrist, Universität Zürich

^c Sportmedizin/Sportkardiologie «approved by Swiss Olympic» und «FIFA Medical Centre of Excellence», Kardiologisches Ambulatorium, Universitäres Herzzentrum Zürich, UniversitätsSpital, Universität Zürich

Lange Zeit wurde eine geringere Prävalenz psychischer Probleme und Erkrankungen bei Leistungs-/Spitzensportlerinnen und -sportlern angenommen. Dies ist mit ein Grund für die Unterentwicklung spezialisierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungsangebote und -einrichtungen. Betroffene Sportler werden häufig nicht oder wenn, dann erst verspätet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zugewiesen.

Einführung

Definition Elite-Athlet (Spitzensportler):

An athlete with potential for competing in the Olympics or as a professional athlete; elite athletes are at increased risk for injuries, given the amount of training, for psychological abuse by coaches and parents, and self-abuse.

McGraw-Hill, «Concise Dictionary of Modern Medicine»

Zur Häufigkeit psychischer Probleme und Erkrankungen im Leistungssport liegen noch nicht ausreichende und teils widersprüchliche Daten vor. Trotzdem ist davon auszugehen, dass psychische Probleme und Erkrankungen im Leistungssport mindestens so häufig vorkommen wie in der Allgemeinbevölkerung [1]. Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise auf eine Sportspezifität psychischer Probleme und Erkrankungen wie auch geschlechts- und sportartenspezifische Häufungen [2–4].

Eine gründliche Exploration des Sportlers ist der erste unverzichtbare Schritt und die Grundlage einer erfolgreichen Behandlung. Eine Verleugnung psychischer Probleme, die ein eigentliches Tabuthema darstellen, ist aber häufig, so dass die Exploration oft nicht nur des Sportlers selbst, sondern auch von Familienmitgliedern, Trainern und Betreuern angezeigt ist. Die teilweise spezifische klinische Präsentation psychischer Erkrankungen, die in der wechselseitigen Beziehung sportspezifischer körperlicher und seelischer Anforderungen, aber auch in der Persönlichkeit des Sportlers



und seines spezifischen Umfelds begründet liegt, muss berücksichtigt werden. Eine weitere, sehr gute Erklärung bzw. Vertiefung des Einflusses der Persönlichkeit, des Wettkampfdrucks, aber auch des Umfeldes, findet sich bei Glick und Kollegen [5]. Oftmals bedarf es durch Training und Wettkämpfe einer hohen Flexibilität des



Malte Christian Claussen

Behandlers, auch müssen bei einer etwaigen Gabe von Medikamenten Training und Wettkämpfe und die Dopingregularien beachtet werden.

Mit dem folgenden Artikel soll der Begriff der Sportpsychiatrie und -psychotherapie eingeführt und eine Übersicht über die im Leistungssport auftretenden psychischen Probleme und Erkrankungen mit ihren sportspezifischen Besonderheiten gegeben werden. Hinsichtlich einer weiteren, vertiefenden Betrachtung der Entwicklung der Sportpsychiatrie und der spezifischen psychischen Probleme und Erkrankungen im Leistungssport, aber auch ihrer Behandlung, wird auf die am Ende angegebene Literatur verwiesen.

Sportpsychiatrie und -psychotherapie

Die Sportpsychiatrie und -psychotherapie ist eine junge Spezialisierung innerhalb der Psychiatrie, die sich in den letzten Jahren kontinuierlich entwickelt hat. Im Gegensatz zur Sportpsychologie, die sich hauptsächlich auf die Steigerung der Leistung konzentriert, zielt die Sportpsychiatrie auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen. Ihren Ursprung in der medizinischen Literatur nimmt sie Anfang der 90er Jahre, Begel beschrieb die Sportpsychiatrie als Anwendung der Grundsätze der Praxis der Psychiatrie in der Welt des Sports [6]. Aber im Grunde muss man deutlich weiter zurückgehen; so lautete bereits der Titel der Eröffnungsvorlesung des 1. deutschen Sportärztekongresses 1912 in Oberhof «Sportübertreibungen» [7],

Die Sportpsychiatrie zielt auf die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen

aber auch die von Jokl und Guttmann 1932 beschriebenen neurologisch-psychiatrischen Symptome eines Boxers könnten als erste Schritte in der Entwicklung der Sportpsychiatrie betrachtet werden [8].

Nach Glick und Horsfall gibt es drei Hauptgründe für die Notwendigkeit der Sportpsychiatrie. Erstens hat der Gemütszustand des Athleten einen signifikanten Einfluss auf die Leistung. Zweitens beeinflusst die Teilhabe an Sport Stimmung, Denken, Persönlichkeit und Gesundheit der Teilnehmer in spezifischer Weise. Drittens muss die psychiatrische Versorgung des Athleten an den athletischen Kontext angepasst werden, um wirksam bzw. erfolgreich zu sein [9]. Weiter beschreiben Glick und Kollegen als primäre Ziele der Spezialisierung die Optimierung der körperlichen Gesundheit, der Leistungsfähigkeit des Athleten durch Förderung psychischer Stärken, aber auch den Umgang mit psychiatrischen Symptomen während der Lebenszeit des

Sportlers mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit aufrechtzuerhalten [10].

In Europa gelangten psychische Erkrankungen im Leistungssport jüngst in den Fokus nationalen Interesses nach Berichten von Depressionen und Suiziden, vor allem im Fussball. An dieser Stelle ist insbesondere der Suizid des deutschen Fussballnationaltorhüters Robert Enke im November 2009 zu nennen, in dessen Folge es 2010 zur Gründung des Referats «Sportpsychiatrie und -psychotherapie» der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) kam [1]. Die Zielsetzung des Referates besteht in der Prävention, Behandlung und Erhaltung der seelischen Gesundheit im Leistungssport sowie in der Erforschung und besseren Integration der Sport- und Bewegungstherapie in die Behandlung psychischer Erkrankungen. In den «DGPPN-Zentren für seelische Gesundheit im Sport», an mittlerweile neun deutschen psychiatrischen Universitätskliniken wird ein sportpsychiatrisch-psychotherapeutisches klinisches Angebot bereitgestellt.

Ein erstes spezialisiertes Angebot für Leistungssportlerinnen und -sportler mit psychischen Problemen und Erkrankungen in der Schweiz wird seit 2014 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitäts-Spitals Zürich aufgebaut. Mit der Einbindung in das Zentrum für Essstörungen liegt ein wesentlicher Schwerpunkt im Bereich der Essstörungen und der Sportsucht bzw. des Sportzwangs, aber auch die Beratung und Behandlung bei anderen psychischen Problemen und Erkrankungen von Leistungssportlern soll dieses neue Angebot ermöglichen.

Psychische Probleme und Erkrankungen bei Leistungssportlerinnen und -sportlern

Psychische Probleme und Erkrankungen kommen im Leistungssport wenigstens genauso häufig vor wie in der Allgemeinbevölkerung [1]. Insgesamt sind sie aber bisher, mit Ausnahme der Essstörungen, nur wenig untersucht. Sie präsentieren sich häufig als klinisches Bild, das spezifisch ist für die Population der Sportler. Beispiele für die Sportspezifität bzw. sportspezifische psychische Erkrankungen sind die Sportsucht und Anorexia athletica und für die Geschlechts- und Sportartenspezifität die Essstörungen. So finden sich diese mehrheitlich in den sogenannten *Leanness Sports* (Magerkeitssportarten wie z.B. Langstreckenlauf, Kunstturnen und Eiskunstlauf) und wie unter Nicht-Sportlern häufiger bei weiblichen als männlichen Sportlern. Die folgende Reihenfolge psychischer Probleme und Erkrankungen orientiert sich am ICD-10.

Doping / Schizophrenie und bipolar affektive Störung

Psychotische Störungen wie die Schizophrenie und Manie finden sich insgesamt sehr selten bei Leistungssportlern und manifestieren sich gewöhnlich nach der Einnahme anaboler Steroide. Pope und Katz berichteten in einer Untersuchung an Sportlern, die anabole Steroide einnahmen, bei 12% Symptome psychotischer Störungen und bei 23% Symptome der bipolaren Störung [11].

Neben anabolen Steroiden werden auch weitere Dopingsubstanzen wie Wachstumshormone und Erythropoetin, aber auch Amphetamine, Ephedrin und Pseudoephedrin im Leistungssport konsumiert und sind diesbezüglich von grosser Relevanz. In einer von Breuer und Hallmann 2013 veröffentlichten Studie des *Deutschen Bundesinstituts für Sportwissenschaft* gaben 5,9% von 1100 befragten deutschen Spitzensportlern an, regelmässig zu «dopen», während 40% der Befragten zu der Frage keine Angaben machten [12]. Diese Tatsache lässt eine hohe Dunkelziffer vermuten. In einer Befragung von Pitsch und Kollegen 2005 lag der Anteil deutscher Leistungssportler, die Dopingmittel im Verlauf ihrer Karriere eingenommen haben, zwischen 26 und 48% [13]. In einer weiteren Untersuchung der Gruppe um denselben Autor bejahten 35% den Konsum wissentlich eingenommener illegaler leistungssteigerender Substan-

Soziale Aspekte und eine Verbesserung der Regeneration werden als Hauptgründe für sportbezogenen Substanzkonsum angegeben, gefolgt von Stimmungsaufhellung, Stressreduktion und Leistungssteigerung

zen wenigstens einmal während ihrer Karriere [14]. Soziale Aspekte und eine Verbesserung der Regeneration werden als Hauptgründe für sportbezogenen Substanzkonsum angegeben, gefolgt von Stimmungsaufhellung, Stressreduktion und Leistungssteigerung [15].

Substanzmissbrauch: Alkohol- und Tabakkonsum
Substanzmissbrauch ist eines der häufigsten psychischen Probleme bei Leistungssportlern, wobei der Alkoholkonsum bzw. -missbrauch hier deutlich im Vordergrund steht [4]. Aber auch zahlreiche andere Substanzen werden von Sportlern häufiger konsumiert als von Nicht-Sportlern.

In einer Untersuchung unter nordamerikanischen College-Sportlern fand sich ein häufigerer Alkoholkonsum als bei ihren nicht regelmässig sportlich aktiven Kollegen und lag zwischen 75 und 93% (Sportler) bzw. 71 und 93% (Sportlerinnen) [16]. Es findet sich dar-

über hinaus ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Alkoholmenge und Depressionen sowie generell psychiatrischen Symptomen. Auch unterscheidet sich der Konsum unter den einzelnen Sportarten. So wiesen Fussballspieler, Schwimmer und Baseballspieler einen höheren Konsum auf als Basketball- oder Volleyballspieler. Auch das sogenannte *binge drinking* findet sich mit 25–50% unter Sportlern häufiger als unter Nicht-Sportlern (16–43%) [15]. Ford konnte zudem eine Sportarten- und Geschlechtsspezifität nachweisen. Mit 46,9% weisen Frauen im Fussball die höchste Rate an *binge drinking*-Verhalten auf, mit 75,4% sind es die Männer im Eishockey. Allgemein finden sich höhere Prävalenzraten in Teamsportarten als in Einzelsportarten [17]. McDuff und Baron berichteten, dass der Ephedrinkonsum unter Leistungssportlerinnen häufiger ist, während Amphetamine häufiger von Männern im Leistungssport konsumiert werden. Bei Männern ist der Missbrauch von Amphetaminen weiter verbreitet in Kraftsportarten wie American Football, Lacross und Wrestling und in Sportarten, die eine erhöhte Konzentration erfordern, wie etwa Fechten und Schiesssport. Bei Frauen ist der Missbrauch von Amphetaminen im Eishockey, Turnen und Feldsportarten wie Fussball und Feldhockey weiter verbreitet [16].

Kau- und Schnupftabak ist eine weitere häufig konsumierte Substanz unter Sportlern. Reardon und Creado fassen in ihrer Metaanalyse zusammen, dass 23% der College-Sportler, 35–40% der professionellen Footballspieler und 20–30% der Baseballspielerangaben, zur Entspannung vor und nach dem Spiel sowie zur Erhöhung der Konzentration und Leistungssteigerung während des Spiels, Tabak zu konsumieren [18].

Übertrainingssyndrom / Depression

Die meisten Untersuchungen belegen eine vergleichbare Häufigkeit und Geschlechterverteilung der Depression wie unter Nicht-Sportlern [2, 4]. Einzelne Studien berichten aber auch über ein häufigeres Vorkommen bei Sportlern. So wurde zum Beispiel bei ungarischen Athleten die Inzidenz der Depression mit 37,5% angegeben [19]. In der Literatur finden sich weitere bemerkenswerte Zahlen, so sollen 60% der Langstreckenläufer und 50% der Basketballspieler mindestens einmal während ihrer Sportkarriere eine Erschöpfungsdepression erleiden. Sportspezifischer Auslöser für Depressionen können neben Verletzung, Misserfolg bzw. ungenügender Leistung und Rücktritt von der aktiven Laufbahn auch ein zu intensives Training und wiederholte Gewalteinwirkungen auf den Kopf sein. So weisen Sportler, die ein oder zwei Gehirnerschütterungen erlitten haben, ein 1,5-fach erhöhtes Risiko auf, an einer Depression zu erkranken. Dieses

Risiko steigt bei drei oder mehr Gehirnerschütterungen auf das 3-Fache an [20].

Während der protektive Effekt von regelmässiger körperlicher Aktivität gut untersucht wurde und die Symptome der Depression positiv beeinflussen kann, können auf der anderen Seite Depressionen aber auch als eine psychische Antwort auf körperlichen Stress verstanden werden. Das Übertrainingssyndrom ist definiert als Verlust der Leistungsfähigkeit und fortwährendes Gefühl von Erschöpfung, verbunden mit exzessivem und andauerndem Training [2]. Die Kapazität des Sportlers zur Erholung ist extrem reduziert. Eine Vielzahl von Autoren postuliert, dass wie bei der Depression Serotonin eine entscheidende Rolle in der Ätiologie zukommt. Diese Bedingungen sind mitunter Ursache dafür, dass eine Unterscheidung zwischen Depression und Übertrainingssyndrom in der akuten Phase schwierig sein kann. Dennoch ist es wichtig, beide differentialdiagnostischen Überlegungen bei einem Leistungssportler mit entsprechender Symptomatik miteinzubeziehen.

Angsterkrankungen

Unter den neurotischen Störungen sind insbesondere die Angststörungen zu nennen, die sich häufig bei beiden Geschlechtern finden. In einer französischen epidemiologischen Studie von Schaal und Kollegen wurden Angststörungen vor allem bei weiblichen Sportlerinnen in ästhetischen Sportarten wie Kunstturnen und Eiskunstlauf berichtet [21]. In einer Studie mit australischen Leistungssportlern berichteten Gulliver und Kollegen von Symptomen der sozialen Phobie bei 14,7%, der generalisierten Angststörung bei 7,1% und der Panikstörung bei 4,5%. Verletzte Sportler wiesen in der australischen Studie zudem eine höhere Symptomausprägung der generalisierten Angststörung auf [22].

Sportsucht, Sportzwang / nicht stoffgebundene Süchte

Unter den nicht stoffgebundenen Süchten ist vor allem die Spielsucht zu nennen. Kerber fand bei einer Befragung von über 600 College-Sportlern bei 15% ein problematisches bis pathologisches Spielverhalten, deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen [23].

Als weitere sportspezifische Erkrankung ist hier aber auch vor allem die Sportsucht oder der Sportzwang zu nennen. Veale beschrieb 1995 zwei Subtypen, ein primärer und ein sekundärer [24]. Letztgenannter ist häufiger und tritt gemeinsam mit weiteren Erkrankungen wie zum Beispiel einer Essstörung auf [2]. Gefühle von Euphorie nach intensivem Training, Notwendigkeit, die Sportdosis zu steigern, Schwierigkeiten

in der Bewältigung beruflicher und sozialer Aktivitäten sowie Unfähigkeit, die sportliche Tätigkeit einzustellen, sind charakteristisch. In einer Untersuchung von Resch und Haász wurde die Prävalenz der Sportsucht in der Gesamtbevölkerung mit 3–4% angegeben [25], wobei der angegebene Wert zu hoch erscheint, da in Untersuchungen unter Sportlern der Anteil derer mit einer Sportsucht oder Sportsuchtgefährdung mit 3 bzw. 4,5% berichtet wurde [26, 27].

Essstörungen: Anorexia athletica, Female & Male Athlete Triad, Adipositas athletica

Sportler in Ausdauersportarten oder Disziplinen, in denen das individuelle Gewicht von grosser Bedeutung ist, weisen ein signifikant höheres Risiko auf, an einer Essstörung zu erkranken [4]. Die Inzidenz der Essstörungen wird unter Kunstturnerinnen mit bis zu 60% angegeben. Eine Untersuchung berichtete eine Prävalenz der Essstörungen von 15% unter Sportlerinnen in den *Leanness Sports*, verglichen mit 2% in anderen Sportarten und 1% unter Nicht-Sportlerinnen, während in den *Leanness Sports* bei 5% der Sportler eine Essstörung gefunden wurde [28]. In einer weiteren Untersuchung unter norwegischen Leistungssportlern wiesen 20,1% der weiblichen und 7,7% der männlichen Sportler eine Essstörung auf [29].

Sportler in Disziplinen, in denen das individuelle Gewicht von grosser Bedeutung ist, weisen ein signifikant höheres Risiko auf, an einer Essstörung zu erkranken

Neben den klassischen Essstörungen müssen bei Sportlern vor allem aber die atypischen und subklinischen Essstörungen beachtet werden. So können Sportler Essmuster oder Aktivitätslevels zeigen, welche an anorektisches Verhalten erinnern, aber technisch nicht die diagnostischen Kriterien der Anorexia nervosa erfüllen. Pugliese und Kollegen prägten 1983 den Begriff der Anorexia athletica, der eine sportassoziierte, subklinische Essstörung beschreibt und in der Folge durch Sundgot-Borgen weiter modifiziert wurde [30–32]. Die *Female Athlete Triad* ist eine weitere sportspezifische Störung, die durch ein gestörtes Essverhalten, eine anstrengungsassoziierte Amenorrhoe (*Amenorrhoe athletica*, hypothalamische Genese) und Osteoporose charakterisiert ist und gewöhnlich bei Sportlerinnen, die die *Leanness Sports* betreiben, beobachtet wird [33]. Während die Prävalenz aller drei Komponenten in Kombination zwar insgesamt eher gering zu sein scheint und mit 0–16% beziffert wird, finden sich eine oder zwei Komponenten bei 50–60% der Sportlerinnen [34]. Die *Male Athlete Triad* ist bisher im Vergleich zur *Female*

Athlete Triad wenig untersucht, auch wird sie häufig nicht beachtet, weil meist die Konsequenzen durch das erniedrigte Testosteron nicht erkannt werden. Wie bei der *Female Athlete Triad* gehören zu der Symptomtrias auch ein gestörtes Essverhalten und die Osteoporose. Ergänzend ist noch die *Adipositas athletica* zu nennen, ein Begriff, der von Berglund und Kolleginnen 2011 eingeführt wurde und Athleten mit grosser Fettmasse beschreibt [35]. Beispiele finden sich im Sumo-Ringen oder Freiwasser- und Langstreckenschwimmen.

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom, ADHS

Es wird angenommen, dass – im Gegensatz zu den übrigen genannten psychischen Problemen – Menschen mit bereits bestehendem ADHS mitunter eine sportliche Karriere einschlagen, um ihre Symptome zu unterdrücken. Berger und Kollegen konnten zeigen, dass Personen mit ADHS-Symptomen in der Kindheit im Erwachsenenalter eine signifikant höhere Frequenz exzessiven Trainings aufwiesen als Personen ohne ADHS-Symptome in der Kindheit [36]. Eine der wenigen Studien zu ADHS im Leistungssport stammt von Solomon und Haase, die bei 9% von 159 befragten Spielern der *National Football League* entweder ein ADHS oder eine Lernschwäche fand [37].

Kopfverletzungen: Dementia pugilistica / chronische traumatische Enzephalopathie, CTE

Die Folgen für die psychische Gesundheit von Sportarten, in denen Sportler einer hohen und wiederholten Gefahr von Gewalteinwirkungen auf den Kopf ausgesetzt sind, wie etwa in Kampf-, Hochgeschwindigkeits- oder kampfbezogenen Mannschaftssportarten (Football, Rugby und Eishockey), sind bisher nicht ausreichend verstanden [1]. Untersuchungen zeigen, dass das Risiko für eine Depression in Abhängigkeit der Zahl der Gehirnerschütterungen steigt [20]. Unklar ist, in welchem Ausmass wiederholte Gewalteinwirkungen unterhalb der Stärke einer Gehirnerschütterung ein Risikofaktor für eine Depression sind. Parkinsonoide und dementielle Syndrome bei Boxern und das Boxersyndrom (*Dementia pugilistica*), von dem schätzungsweise 20% der Boxer nach Karriereende betroffen sind, sind dagegen recht gut bekannt. Die klassische Definition beschreibt hauptsächlich Störungen von Gang, Sprache und Kognition sowie der Persönlichkeit und des Verhaltens, aber auch extrapyramidale Symptome. Jüngste Studien zur CTE beschreiben eine moderne Variante, die durch ein frühes Auftreten affektiver Störungen, vor allem Depressionen, Paranoia, Agitation und Aggression, charakteri-

siert ist, während sich kognitive Beeinträchtigungen erst im späteren Verlauf manifestieren [38, 39]. Auch neuropathologisch finden sich Unterschiede der beiden Formen.

Delir

Hyponatriämie, Hyperthermie oder Hitzschlag können Ursachen für ein akutes Delir sein, das bei Ausdauersportlern wie Langstreckenläufern, Radsportlern und Triathleten auftreten kann.

Ausblick

Die Diagnostik, Betreuung und Therapie von Leistungssportlern mit psychischen Erkrankungen und Problemen ist dringend verbesserungsbedürftig, dies betrifft insbesondere auch die Prävention und Rehabilitation. Während in Deutschland seit Ende 2012 ein universitäres Netzwerk von mittlerweile neun «DGPPN-Zentren für seelische Gesundheit im Sport» existiert, fehlen in der Schweiz bisher weitere entsprechende klinische Angebote und ein Netzwerk von in Sportpsychiatrie und -psychotherapie spezialisierten Psychiatern/-innen und Psychotherapeuten/-innen. Es bedarf daher weiterer Anstrengungen und Initiative, mehr spezialisierte Behandlungsangebote und -einrichtungen sowie ein solches Netzwerk aufzubauen. Zusätzlich braucht es die Integration der Thematik in die Ausbildung von Trainern, Betreuern und anderen Sport-assoziierten Berufen wie Sportärzten, Sportpsychologen und Physiotherapeuten, aber auch eine Sensibilisierung der in die medizinische Behandlung integrierten Kollegen wie zum Beispiel der Hausärzte. Letztendlich braucht es aber eine Aufklärung der Sportler und ihres sozialen Umfelds wie auch der Gesellschaft, um ein früheres

Es braucht eine Aufklärung der Sportler und ihres sozialen Umfelds, aber auch der Gesellschaft, um ein früheres Erkennen psychischer Probleme und Erkrankungen zu ermöglichen

Erkennen psychischer Probleme und Erkrankungen zu ermöglichen. Dies mit dem Ziel einer frühen Zuweisung zu in der klinischen Versorgung tätigen Psychiatern und Psychotherapeuten, die die sportspezifischen Besonderheiten und klinischen Unterschiede des Leistungssportlers im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kennen.

Neben dem Genannten bedarf es darüber hinaus aber noch einer Forschungsinitiative. In einem ersten Schritt ist es wichtig, zunächst Studien über die Prävalenz psychiatrischer Probleme und Erkrankungen im Leis-

Korrespondenz:
Dr. med.
Malte Christian Claussen
UniversitätsSpital Zürich
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Culmannstrasse 8
CH-8091 Zürich
malte.claussen[at]usz.ch

Das Wichtigste für die Praxis

- Eine geringere Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Leistungssportlern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wurde lange Zeit angenommen. Dies hat mit zu einer Unterentwicklung spezialisierter, psychiatrisch und psychotherapeutischer Behandlungsangebote und -einrichtungen geführt.
- Psychische Probleme und Erkrankungen kommen im Leistungssport mindestens genauso häufig vor wie in der Allgemeinbevölkerung. Darüber hinaus gibt es deutliche Hinweise auf eine Sportspezifität psychischer Erkrankungen wie auch geschlechts- und sportartenspezifische Häufungen.
- In der Intervention bei Leistungssportlern sind Anpassungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung nötig. So bedarf es mitunter, bedingt durch Training und Wettkämpfe, einer hohen Flexibilität des Behandlers, auch müssen bei der Gabe von Medikamenten zusätzlich die Dopingregularien beachtet werden.
- Die Sportpsychiatrie und -psychotherapie ist eine junge Spezialisierung innerhalb der Psychiatrie, die unter anderem Forschung, Diagnostik, Behandlung und Prävention psychischer Erkrankungen im Leistungssport adressiert. Sie zielt aber auch darauf, die psychische Gesundheit zu fördern und dadurch die Leistungsfähigkeit der Sportler zu steigern.

tungssport, im Speziellen auch für die Schweiz, zu entwickeln. Es ist die Hoffnung der Autoren, dass hierdurch langfristig Präventions- und Behandlungsstrategien erarbeitet werden können.

Disclosure statement

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Titelbild

© Marcogovel | Dreamstime.com

Empfohlene Literatur

- Bar KJ, Markser VZ. Sport specificity of mental disorders: the issue of sport psychiatry. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2013;263 Suppl 2:S205–10.
- Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Referat «Sportpsychiatrie und -psychotherapie», Positionspapier. 2013.
- Glick ID, Stillman MA, Reardon CL, Ritvo EC. Managing psychiatric issues in elite athletes. *The Journal of clinical psychiatry*. 2012;73:640–4.
- Markser VZ. Sport psychiatry and psychotherapy. Mental strains and disorders in professional sports. Challenge and answer to societal changes. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2011;261 Suppl 2:S182–5.
- Reardon CL, Factor RM. Sport psychiatry: a systematic review of diagnosis and medical treatment of mental illness in athletes. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2010;40:961–80.

Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Literatur / Références

1. Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Referat „Sportpsychiatrie und - psychotherapie“, Positionspapier, 2013.
2. Bar, K.J. and V.Z. Markser, Sport specificity of mental disorders: the issue of sport psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2013. 263 Suppl 2: p. S205-10.
3. Markser, V.Z., Sport psychiatry and psychotherapy. Mental strains and disorders in professional sports. Challenge and answer to societal changes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2011. 261 Suppl 2: p. S182-5.
4. Reardon, C.L. and R.M. Factor, Sport psychiatry: a systematic review of diagnosis and medical treatment of mental illness in athletes. *Sports Med*, 2010. 40(11): p. 961-80.
5. Glick, I.D., et al., Managing psychiatric issues in elite athletes. *J Clin Psychiatry*, 2012. 73(5): p. 640-4.
6. Begel, D., An overview of sport psychiatry. *Am J Psychiatry*, 1992. 149(5): p. 606-14.
7. Greiner, E. and K. Arndt, Der erste deutsche Sportärztekongress 1912 – Programm für ein Jahrhundert. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 2004. 55(12): p. 310-314.
8. Jokl, E. and E. Guttmann, Psychiatrisch-neurologische Kasuistik aus der sportärztlichen Praxis. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1932. 141(1): p. 343-350.
9. Glick, I.D. and J.L. Horsfall, Psychiatric conditions in sports: diagnosis, treatment, and quality of life. *Phys Sportsmed*, 2009. 37(3): p. 29-34.
10. Glick, I.D., et al., Sport psychiatry – a new frontier in a challenging world. *Die Psychiatrie*, 2010. 7: p. 249-253.
11. Pope, H.G., Jr. and D.L. Katz, Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use. A controlled study of 160 athletes. *Arch Gen Psychiatry*, 1994. 51(5): p. 375-82.
12. Breuer, C. and K. Hallmann, Dysfunktionen des Spitzensports: Doping, Match-Fixing und Gesundheitsgefährdungen aus Sicht von Bevölkerung und Athleten. Bundesinstitut für Sportwissenschaft, 2013.
13. Pitsch, W., E. Emrich, and M. Klein, Zur Häufigkeit des Dopings im Leistungssport: Ergebnisse eines www-surveys. *Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge*, 2005. 46: p. 63-77.
14. Pitsch, W., P. Maats, and E. Emrich, Zur Häufigkeit des Dopings im deutschen Spitzensport. *Magazin Forschung*, 2009. 1: p. 15-19.
15. Green, G.A., et al., NCAA study of substance use and abuse habits of college student-athletes. *Clin J Sport Med*, 2001. 11(1): p. 51-6.
16. McDuff, D.R. and D. Baron, Substance use in athletics: a sports psychiatry perspective. *Clin Sports Med*, 2005. 24(4): p. 885-97, ix-x.
17. Ford, J.A., Substance use among college athletes: a comparison based on sport/team affiliation. *J Am Coll Health*, 2007. 55(6): p. 367-73.
18. Reardon, C.L. and S. Creado, Drug abuse in athletes. *Subst Abuse Rehabil*, 2014. 5: p. 95-105.
19. Resch, M. and P. Haasz, [The first epidemiologic survey among Hungarian elite athletes: eating disorders, depression and risk factors]. *Orv Hetil*, 2009. 150(1): p. 35-40.
20. Guskiewicz, K.M., et al., Recurrent concussion and risk of depression in retired professional football players. *Med Sci Sports Exerc*, 2007. 39(6): p. 903-9.
21. Schaal, K., et al., Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One*, 2011. 6(5): p. e19007.
22. Gulliver, A., et al., The mental health of Australian elite athletes. *J Sci Med Sport*, 2015. 18(3): p. 255-61.
23. Kerber, C.S., Problem and pathological gambling among college athletes. *Ann Clin Psychiatry*, 2005. 17(4): p. 243-7.
24. Veale, D., Does primary exercise dependence really exist? Annett J, Cripps B, Steinberg H eds. *Exercise addiction: Motivation for participation in sport and exercise*. The British Psychological Society, Leicester, 1995: p. 1-5.
25. Szabo, A., *Addiction to exercise: A symptom or a disorder?* Nova Science Publishers, New York, 2010.
26. Ziemainz, H., et al., Die Gefährdung zur Sportsucht in Ausdauersportarten. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 2013. 64(2): p. 57-64.
27. Griffiths, M.D., A. Szabo, and A. Terry, The exercise addiction inventory: a quick and easy screening tool for health practitioners. *Br J Sports Med*, 2005. 39(6): p. e30.
28. Byrne, S. and N. McLean, Elite athletes: effects of the pressure to be thin. *J Sci Med Sport*, 2002. 5(2): p. 80-94.
29. Sundgot-Borgen, J. and M.K. Torstveit, Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med*, 2004. 14(1): p. 25-32.
30. Pugliese, M.T., et al., Fear of obesity. A cause of short stature and delayed puberty. *N Engl J Med*, 1983. 309(9): p. 513-8.
31. Sundgot-Borgen, J., Prevalence of eating disorders in elite female athletes. *Int J Sport Nutr*, 1993. 3(1): p. 29-40.
32. Sundgot-Borgen, J., Eating disorders, energy intake, training volume, and menstrual function in high-level modern rhythmic gymnasts. *Int J Sport Nutr*, 1996. 6(2): p. 100-9.
33. Nattiv, A., et al., American College of Sports Medicine position stand. The female athlete triad. *Med Sci Sports Exerc*, 2007. 39(10): p. 1867-82.
34. Barrack, M.T., K.E. Ackerman, and J.C. Gibbs, Update on the female athlete triad. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 2013. 6(2): p. 195-204.
35. Berglund, L., J. Sundgot-Borgen, and B. Berglund, Adipositas athletica: a group of neglected conditions associated with medical risks. *Scand J Med Sci Sports*, 2011. 21(5): p. 617-24.
36. Berger, N.A., et al., Association of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder with symptoms of excessive exercising in an adult general population sample. *BMC Psychiatry*, 2014. 14: p. 250.
37. Solomon, G.S. and R.F. Haase, Biopsychosocial characteristics and neurocognitive test performance in National Football League players: an initial assessment. *Arch Clin Neuropsychol*, 2008. 23(5): p. 563-77.
38. McCrory, P., Traumatic brain injury: revisiting the AAN guidelines on sport-related concussion. *Nat Rev Neurol*, 2013. 9(7): p. 361-2.
39. McCrory, P., et al., What is the evidence for chronic concussion-related changes in retired athletes: behavioural, pathological and clinical outcomes? *Br J Sports Med*, 2013. 47(5): p. 327-30.