

Problèmes et maladies psychiques dans le sport de performance

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

Il a longtemps été admis que les problèmes et maladies psychiques étaient moins fréquents chez les sportifs de performance/d'élite. C'est l'une des raisons pour lesquelles les offres et structures spécialisées de traitement psychiatrique-psychothérapeutique sont sous-développées dans ce domaine. D'une manière générale, les sportifs touchés sont rarement orientés vers un traitement psychiatrique et psychothérapeutique, ou alors souvent uniquement tardivement.

Introduction

Définition de «elite athlete» (sportif d'élite):

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»

Les données relatives à la fréquence des problèmes et maladies psychiques dans le sport de performance ne sont pas encore suffisantes et elles sont en partie contradictoires. Il faut néanmoins partir du principe que les problèmes et maladies psychiques sont au moins aussi fréquents chez les sportifs de performance que dans la population générale [1]. Par ailleurs, des indices évidents suggèrent que certains problèmes et maladies psychiques sont spécifiques à la pratique sportive et qu'il existe une fréquence accrue de certains troubles psychiques en fonction du sexe et du type de sport [2-4]. Une exploration approfondie du sportif constitue la première étape incontournable et la base d'un traitement réussi. Il est néanmoins fréquent que les problèmes psychiques, qui constituent un véritable sujet tabou, soient reniés et ainsi, il est bien souvent utile d'impliquer non seulement le sportif mais également des membres de sa famille, ses entraîneurs et ses soigneurs dans la démarche diagnostique. Il convient de prendre en



compte la présentation clinique en partie spécifique des maladies psychiques, qui tire son origine dans l'interrelation entre les exigences physiques et les exigences mentales spécifiques au sport, mais également dans la personnalité du sportif et dans son environnement. Dans leur article, Glick et al. expliquent très bien et approfondissent l'influence de la personnalité, de la pres-



Malte Christian Claussen

sion exercée par la compétition, mais également de l'environnement spécifique, notamment des membres de l'équipe et des entraîneurs [5]. Souvent, le thérapeute doit faire preuve d'une grande flexibilité en raison des entraînements et des compétitions et en cas de prescription éventuelle de médicaments, il doit également tenir compte des entraînements, des compétitions et de la réglementation en matière de dopage.

Cet article a pour objectif d'introduire la notion de psychiatrie et psychothérapie du sport et de fournir un aperçu des problèmes et maladies psychiques survenant dans le sport de performance, avec leurs spécificités inhérentes à la pratique sportive. Pour avoir un aperçu plus approfondi du développement de la psychiatrie du sport et des problèmes et maladies psychiques spécifiques au sport de performance, mais également de leur traitement, nous renvoyons le lecteur aux références mentionnées à la fin de l'article.

Psychiatrie et psychothérapie du sport

La psychiatrie et psychothérapie du sport est une spécialité jeune au sein du domaine de la psychiatrie, qui n'a cessé de se développer au cours des dernières années. Contrairement à la psychologie du sport, qui se concentre principalement sur l'augmentation des performances, la psychiatrie du sport a pour objectif le diagnostic et le traitement des maladies psychiques. Elle a fait son apparition dans la littérature médicale au début des années 1990 et Begel décrit la psychiatrie du sport comme l'application des principes de la pratique psychiatrique au monde du sport [6]. Toutefois, ses origines remontent en réalité bien plus loin: ainsi, l'exposé

La psychiatrie du sport a pour objectif le diagnostic et le traitement des maladies psychiques

inaugural du premier congrès des médecins du sport allemands, qui s'est tenu à Oberhof en 1912, s'intitulait déjà *Sportübertreibungen* («Les excès sportifs») [7], et la description par Jokl et Guttmann en 1932 des symptômes neuropsychiatriques observés chez un boxeur pourrait être considérée comme les prémices du développement de la psychiatrie du sport [8].

Selon Glick et Horsfall, trois principales raisons justifient la nécessité de la psychiatrie du sport: premièrement, l'état d'esprit de l'athlète a un impact significatif sur la performance; deuxièmement, la pratique sportive a une influence spécifique sur l'humeur, la pensée, la personnalité et la santé du sportif; troisièmement, la prise en charge psychiatrique de l'athlète doit être adaptée au contexte sportif pour être efficace et réussie [9].

Par ailleurs, Glick et al. estiment que les objectifs primaires de la psychiatrie du sport en tant que spécialité sont l'optimisation de la santé physique et de la performance de l'athlète par la stimulation des forces psychiques, mais également la gestion des symptômes psychiatriques au cours de la vie du sportif afin de maintenir la performance [10].

En Europe, les maladies psychiques dans le sport de performance sont récemment devenues une priorité d'intérêt national, après que des cas de dépressions et de suicides, avant tout dans le milieu du football, ont été révélés au grand jour. Il convient tout particulièrement de citer le suicide du gardien de but de l'équipe nationale allemande de football, Robert Enke, en novembre 2009, suite à quoi la section «Psychiatrie et psychothérapie du sport» de la *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde* (DGPPN) a été créée en 2010 [1]. L'objectif de cette section réside dans la prévention, le traitement et la préservation de la santé mentale dans le sport de performance et dans l'étude et la meilleure intégration de la thérapie par le sport et le mouvement dans la prise en charge des maladies psychiques. Les «Centres pour la santé mentale dans le sport» de la DGPPN, qui sont désormais établis au sein de neuf cliniques universitaires de psychiatrie allemandes, proposent une offre clinique de psychiatrie-psychothérapie du sport.

En Suisse, une première offre spécialisée destinée aux sportifs de performance souffrant de problèmes et maladies psychiques a été mise en place en 2014 à la clinique de psychiatrie et psychothérapie de l'Hôpital universitaire de Zurich. Intégrée dans le centre pour les troubles du comportement alimentaire, cette offre est essentiellement axée sur les troubles du comportement alimentaire et sur la dépendance au sport et la pratique sportive compulsive, mais également sur la consultation et le traitement d'autres problèmes et maladies psychiques dont souffrent les sportifs de performance.

Problèmes et maladies psychiques chez les sportifs de performance

Les problèmes et maladies psychiques sont au moins aussi fréquents chez les sportifs de performance que dans la population générale [1]. Toutefois, ces problèmes n'ont été étudiés que sommairement jusqu'à présent, à l'exception des troubles du comportement alimentaire. Ils se présentent souvent sous forme de tableau clinique spécifique à la population des sportifs. La dépendance au sport et l'anorexie athlétique sont des exemples d'affections psychiques spécifiques au sport; les troubles du comportement alimentaire présentent quant à eux

une spécificité inhérente au sexe et au type de sport. Ainsi, les troubles du comportement alimentaire se rencontrent majoritairement dans les *leanness sports* (sports de minceur, tels que la course de fond, la gymnastique artistique et le patinage artistique) et comme chez les non-sportifs, ils touchent plus fréquemment les sportifs de sexe féminin que ceux de sexe masculin. Les problèmes et maladies psychiques présentés dans les lignes qui suivent se basent sur la dixième version de la Classification internationale des maladies (CIM 10).

Dopage/schizophrénie et trouble affectif bipolaire

Les troubles psychotiques tels que la schizophrénie et la manie sont globalement très rares chez les sportifs de performance et ils se manifestent habituellement après la prise de stéroïdes anabolisants. Dans une étude conduite avec des sportifs qui prenaient des stéroïdes anabolisants, Pope et Katz ont rapporté des troubles psychotiques chez 12% des participants et des symptômes de trouble bipolaire chez 23% des participants [11].

A côté des stéroïdes anabolisants, d'autres substances dopantes sont également consommées dans le milieu du sport de performance, incluant notamment les hormones de croissance et l'érythropoïétine, mais également les amphétamines, l'éphédrine et la pseudo-éphédrine, et ces substances revêtent une grande pertinence à cet égard. Dans une étude de Breuer et Hallmann publiée en 2013 et réalisée pour le compte de l'Institut fédéral allemand des sciences du sport (*Bundesinstitut für Sportwissenschaft*), 5,9% des 1100 sportifs d'élite allemands interrogés ont déclaré se «doper» régulièrement, tandis que 40% des sportifs interrogés n'ont pas répondu à cette question [12]. Ainsi, le nombre de cas de dopage non connus est sans doute élevé. Dans une enquête de Pitsch et al. conduite en 2005, la proportion

Parmi les principales raisons avancées pour justifier la consommation de substances dans le contexte du sport figurent les aspects sociaux et une amélioration de la récupération

de sportifs de performance allemands ayant pris des substances dopantes au cours de leur carrière était comprise entre 26 et 48% [13]. Dans une autre étude du groupe de recherche dirigé par le même auteur, 35% des participants ont affirmé avoir pris en toute connaissance de cause des substances illégales améliorant les performances au moins une fois au cours de leur carrière [14]. Parmi les principales raisons avancées pour justifier la consommation de substances dans le contexte du sport figurent les aspects sociaux et une amélioration de la récupération, suivis d'une amélioration de

l'humeur, d'une réduction du stress et d'une augmentation des performances [15].

Abus de substances: consommation d'alcool et de tabac

L'abus de substances constitue l'un des problèmes psychiques les plus fréquents chez les sportifs de performance, la consommation/l'abus d'alcool étant largement en tête [4]. Néanmoins, de nombreuses autres substances sont également consommées plus souvent par les sportifs que par les non-sportifs.

Dans une étude conduite avec des sportifs d'universités nord-américaines, la consommation d'alcool était plus fréquente que chez les autres étudiants ne pratiquant pas de sport régulièrement, s'élevant à 75–93% chez les sportifs de sexe masculin et à 71–93% chez les sportifs de sexe féminin [16]. Qui plus est, il existe un lien significatif entre la quantité d'alcool consommée et les dépressions, ainsi que les symptômes psychiatriques en général. La consommation d'alcool varie également en fonction des différents types de sport. Ainsi, les footballeurs, les nageurs et les joueurs de baseball consommaient plus d'alcool que les joueurs de basketball et de volleyball. Le phénomène du *binge drinking* se rencontre aussi plus souvent chez les sportifs (25–50%) que chez les non-sportifs (16–43%) [15]. Ford est en outre parvenu à mettre en évidence une spécificité liée au type de sport et au sexe. Avec un taux de 46,9%, les femmes qui s'adonnent le plus souvent au *binge drinking* sont celles jouant au football, tandis que chez les hommes, le taux le plus élevé, s'élevant à 75,4%, est retrouvé dans le hockey sur glace. D'une manière générale, la prévalence du *binge drinking* est plus élevée dans les sports d'équipe que dans les sports individuels [17].

McDuff et Baron ont rapporté que la consommation d'éphédrine était plus fréquente chez les sportives de performance, alors que la consommation d'amphétamines était plus fréquente chez les hommes pratiquant un sport de performance. Chez les hommes, l'abus d'amphétamines est plus répandu dans les sports de force tels que le football américain, le lacrosse et la lutte, ainsi que dans les sports exigeant une grande concentration tels que l'escrime et le tir. Chez les femmes, l'abus d'amphétamines est plus répandu dans le hockey sur glace, la gymnastique et les sports de terrain tels que le football et le hockey sur gazon [16].

Le tabac à mâcher et à priser est une autre substance souvent consommée par les sportifs. Dans leur méta-analyse, Reardon et Creado ont constaté que 23% des sportifs universitaires, 35–40% des footballeurs professionnels et 20–30% des joueurs de baseball avaient

déclaré consommer du tabac pour se détendre avant et après le match et pour augmenter leur concentration et leurs performances durant le match [18].

Syndrome de surentraînement/dépression

Pour la dépression, la plupart des études révèlent une fréquence et une répartition hommes-femmes comparable chez les sportifs et chez les non-sportifs [2, 4]. Certaines études rapportent néanmoins une fréquence plus élevée chez les sportifs. Ainsi, l'incidence de la dépression s'élevait par ex. à 37,5% chez des athlètes hongrois [19]. D'autres chiffres frappants se retrouvent dans la littérature: ainsi, 60% des coureurs de fond et 50% des joueurs de basketball souffriraient au moins une fois dans leur carrière sportive d'une dépression d'épuisement. Outre les blessures, les défaites, les performances insuffisantes et l'interruption de la carrière sportive, les déclencheurs spécifiques au sport de la dépression incluent également les entraînements trop intensifs et les chocs répétés à la tête. Ainsi, les sportifs qui ont été victimes d'une ou deux commotions cérébrales ont un risque 1,5 fois plus élevé de développer une dépression et ceux qui ont été victimes de trois commotions cérébrales ou plus ont un risque 3 fois plus élevé de devenir dépressifs [20].

Tandis que l'activité physique régulière exerce un effet protecteur bien étudié et bien établi et qu'elle peut avoir une influence positive sur les symptômes de la dépression, les dépressions peuvent également être interprétées comme une réponse psychique au stress physique. Le syndrome de surentraînement est défini comme une diminution du niveau de performance et une sensation persistante d'épuisement en lien avec un entraînement excessif et continu [2]. La capacité de récupération du sportif est extrêmement réduite. De nombreux auteurs ont émis l'hypothèse que, tout comme dans la dépression, la sérotonine jouerait un rôle étiologique déterminant. Cela explique qu'il puisse parfois être difficile de faire la distinction entre une dépression et un syndrome de surentraînement durant la phase aiguë. Il est néanmoins essentiel d'envisager de façon différenciée ces deux entités dans le cadre du diagnostic différentiel chez un sportif de performance présentant des symptômes correspondants.

Maladies anxieuses

Parmi les troubles névrotiques, il convient tout particulièrement de citer les troubles anxieux, qui se retrouvent souvent chez les deux sexes. Dans une étude épidémiologique française réalisée par Schaal et al., des troubles anxieux s'observaient avant tout chez les femmes pratiquant des sports esthétiques tels que la gymnastique artistique et le patinage artis-

tique [21]. Dans une étude conduite avec des sportifs de performance australiens, Gulliver et al. ont révélé la présence de symptômes de phobie sociale chez 14,7% des participants, des symptômes de trouble anxieux généralisé chez 7,1% des participants et des symptômes de trouble panique chez 4,5% des participants. Dans l'étude australienne, les sportifs blessés présentaient en outre des symptômes de trouble anxieux généralisé de plus grande intensité [22].

Dépendance au sport, pratique sportive compulsive/dépendances non liées à des substances

Parmi les dépendances non liées à des substances, il convient avant tout de citer la dépendance au jeu. Dans une enquête réalisée auprès de plus de 600 sportifs universitaires, Kerber a identifié un comportement de jeu problématique voire pathologique chez 15% des participants, les hommes étant nettement plus concernés que les femmes [23].

La dépendance au sport ou la pratique sportive compulsive est une autre affection spécifique au sport qui mérite d'être mentionnée. En 1995, Veale a décrit deux sous-types: une forme primaire et une forme secondaire [24]. Cette dernière est plus fréquente et elle survient de pair avec d'autres maladies, comme par ex. un trouble du comportement alimentaire [2]. Les caractéristiques en sont des sentiments d'euphorie après un entraînement intensif, la nécessité d'augmenter la dose de sport, les difficultés à gérer les activités professionnelles et sociales, ainsi que l'incapacité à arrêter l'activité sportive. Dans une étude de Resch et Haász, la prévalence de la dépendance au sport dans la population générale a été estimée à 3-4% [25], ce qui paraît plutôt trop haut étant donné que des études réalisées chez des sportifs ont révélé une proportion de dépendance au sport et de menace de dépendance au sport de respectivement 3 et 4,5% [26, 27].

Troubles du comportement alimentaire: anorexie athlétique, triade de l'athlète (femme et homme), obésité athlétique

Les sportifs pratiquant des sports d'endurance ou des disciplines dans lesquelles le poids individuel revêt une grande importance présentent un risque significativement plus élevé de développer un trouble du com-

Les sportifs pratiquant des disciplines dans lesquelles le poids revêt une grande importance présentent un risque plus élevé de développer un trouble du comportement alimentaire

portement alimentaire [4]. Une incidence des troubles du comportement alimentaire pouvant atteindre 60% a été rapportée chez les femmes pratiquant la gymnas-

tique artistique. Une étude a révélé une prévalence des troubles du comportement alimentaire s'élevant à 15% chez les femmes pratiquant des sports de type *leanness sports*, contre 2% dans les autres types de sport et 1% chez les femmes non sportives; chez les hommes pratiquant des *leanness sports*, 5% souffraient de troubles du comportement alimentaire [28]. Dans une autre étude conduite avec des sportifs de performance norvégiens, 20,1% des femmes et 7,7% des hommes présentaient un trouble du comportement alimentaire [29].

Outre les troubles du comportement alimentaire classiques, il convient également chez les sportifs d'être particulièrement attentif aux troubles du comportement alimentaire atypiques et subcliniques. Ainsi, les sportifs peuvent présenter des habitudes alimentaires ou un niveau d'activité qui sont évocateurs d'un comportement anorexique mais qui, sur le plan technique, ne remplissent pas les critères diagnostiques de l'anorexie mentale. En 1983, Pugliese et al. ont introduit la notion de «*anorexia athletica*» (anorexie athlétique), qui décrit un trouble du comportement alimentaire subclinique associé au sport et qui a par la suite été remaniée par Sundgot-Borgen [30–32]. La triade de la femme athlète est un autre trouble spécifique au sport, qui se caractérise par un comportement alimentaire perturbé, une aménorrhée associée à l'exercice physique (aménorrhée athlétique, origine hypothalamique) et une ostéoporose et qui survient habituellement chez les femmes pratiquant des sports de type *leanness sports* [33]. Alors que la prévalence de ces trois composantes en association semble relativement faible (0–16%), 50–60% des sportives présentent une ou deux de ces composantes [34]. Par rapport à la triade de la femme athlète, la triade de l'homme athlète a été peu étudiée à ce jour et elle est souvent négligée car les conséquences de la baisse des concentrations de testostérone ne sont généralement pas détectées. Comme pour la triade de la femme athlète, le tableau symptomatique englobe un comportement alimentaire perturbé et une ostéoporose.

Il convient encore de mentionner la notion de «*adipositas athletica*» (obésité athlétique), qui a été introduite en 2011 par Berglund et al. et décrit les athlètes ayant un excès de masse grasse [35]. Ce cas de figure se rencontre dans le milieu du sumo, ainsi que dans la natation en eau libre et dans la natation de longue distance.

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

Il est admis que, contrairement aux autres problèmes psychiques mentionnés, les personnes ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) préexistant entament parfois une carrière spor-

tive afin d'atténuer leurs symptômes. Berger et al. ont pu montrer que les personnes qui avaient des symptômes de TDAH durant leur enfance présentaient à l'âge adulte une fréquence significativement plus élevée d'entraînement excessif que les personnes sans symptômes de TDAH durant leur enfance [36]. L'une des rares études portant sur le TDAH dans le sport de performance a été réalisée par Solomon et Haase et elle a révélé la présence d'un TDAH ou de difficultés d'apprentissage chez 9% des 159 joueurs de la *National Football League* américaine ayant participé à l'étude [37].

Blessures à la tête: démence pugilistique/ encéphalopathie traumatique chronique

A ce jour, nous n'avons pas une compréhension suffisante des conséquences pour la santé psychique des sports dans lesquels les sportifs sont exposés à un risque élevé et répété de chocs à la tête, comme c'est notamment le cas dans les sports de combat, les sports de grande vitesse et les sports d'équipe impliquant un contact physique (football, rugby et hockey sur glace) [1]. Des études montrent que le risque de dépression augmente en fonction du nombre de commotions cérébrales [20]. On ne sait pas dans quelle mesure les violences répétées d'une force inférieure à la commotion cérébrale constituent un facteur de risque de dépression.

Il existe un besoin d'information des sportifs et de leur entourage social, mais également de la société, afin de permettre une identification plus précoce des problèmes et maladies psychiques

Par contre, les syndromes parkinsoniens et démentiels chez les boxeurs et le syndrome du boxeur (démence pugilistique), qui concernerait 20% des boxeurs après l'arrêt de leur carrière, sont bien connus. La définition classique décrit principalement des troubles de la marche, de la parole et de la cognition et des troubles de la personnalité et du comportement, mais également des symptômes extrapyramidaux. De récentes études sur l'encéphalopathie traumatique chronique décrivent une variante moderne, qui se caractérise par la survenue précoce de troubles affectifs, avant tout de dépression, paranoïa, agitation et agressivité, tandis que les déficits cognitifs se manifestent uniquement plus tard [38, 39]. Les deux formes se distinguent également sur le plan neuropathologique.

Délirium

L'hyponatrémie, l'hyperthermie et le coup de chaleur peuvent constituer des causes de confusion aiguë, qui peut survenir chez les sportifs d'endurance comme les coureurs de fond, les cyclistes et les triathlètes.

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

Perspectives

Le diagnostic, la prise en charge et le traitement des sportifs de performance qui souffrent de maladies et problèmes psychiques doivent être améliorés de façon urgente, en particulier en ce qui concerne la prévention et la réadaptation. Alors qu'il existe en Allemagne depuis la fin 2012 un réseau universitaire comptant désormais neuf «Centres pour la santé mentale dans le sport» de la DGPPN, des offres cliniques correspondantes supplémentaires et un tel réseau de psychiatres et psychothérapeutes spécialisés en psychiatrie et psychothérapie du sport font à ce jour défaut en Suisse. Des efforts et initiatives supplémentaires sont dès lors nécessaires pour mettre en place davantage d'offres et de structures thérapeutiques spécialisées, ainsi qu'un bon réseau. Par ailleurs, cette thématique doit être intégrée dans la

formation des entraîneurs, soigneurs et autres professionnels du sport, tels que les médecins du sport, les psychologues du sport et les physiothérapeutes, et les collègues impliqués dans le traitement médical, comme par ex. les médecins de famille, doivent également y être sensibilisés. Enfin, il existe un besoin d'information des sportifs et de leur entourage social, mais également de la société, afin de permettre une identification plus précoce des problèmes et maladies psychiques. L'objectif de cette démarche réside dans l'orientation précoce des patients vers des psychiatres et psychothérapeutes cliniciens qui connaissent les spécificités du sport et les différences cliniques entre les sportifs de performance et la population générale.

En outre, une initiative de recherche est également nécessaire. Dans un premier temps, il est essentiel de développer des études évaluant la prévalence des problèmes et maladies psychiatriques dans le milieu du sport de performance, en particulier aussi à l'échelle de la Suisse. Les auteurs espèrent que des stratégies de prévention et de traitement pourront ainsi être élaborées à long terme.

Disclosure statement

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts financier ou personnel en rapport avec cet article.

Photo de couverture

© Marcogovel | Dreamstime.com

Références recommandées

- 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:S205–210.
- 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;73:640–644.
- 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:S182–185.
- Reardon CL, Factor RM. Sport psychiatry: a systematic review of diagnosis and medical treatment of mental illness in athletes. *Sports medicine (Auckland, NZ)*. 2010;40:961–980.

Références

La liste complète et numérotée des références est disponible en annexe de l'article en ligne sur www.medicalforum.ch.

L'essentiel pour la pratique

- Il a longtemps été admis que les maladies psychiques étaient moins fréquentes chez les sportifs de performance que dans la population générale. C'est l'une des raisons pour lesquelles les offres et structures spécialisées de traitement psychiatrique-psychothérapeutique sont sous-développées dans ce domaine.
- Les problèmes et maladies psychiques sont au moins aussi fréquents chez les sportifs de performance que dans la population générale. Par ailleurs, des indices évidents suggèrent que certaines maladies psychiques sont spécifiques à la pratique sportive et qu'il existe une fréquence accrue de certains troubles psychiques en fonction du sexe et du type de sport.
- Chez les sportifs de performance, des adaptations du diagnostic et du traitement psychiatriques-psychothérapeutiques s'avèrent nécessaires. Ainsi, le thérapeute doit parfois faire preuve d'une grande flexibilité en raison des entraînements et des compétitions et en cas de prescription de médicaments, il doit également tenir compte de la réglementation en matière de dopage.
- La psychiatrie et psychothérapie du sport est une spécialité jeune au sein du domaine de la psychiatrie, qui se concentre notamment sur la recherche, le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies psychiques chez les sportifs de performance. Elle aspire néanmoins aussi à favoriser la santé psychique et ainsi, à augmenter les performances des sportifs.

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.