DGPPN
Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Positionspapier
Nr. 8
15.07.2013

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de
WWW.DGPPN.DE

Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern

In unserem medizinischen System wird sportliche Aktivität meist nur im Kontext mit somatischen Aspekten von Gesundheit und Krankheit in Verbindung gebracht. Lange Zeit wurden psychische Erkrankungen im Sport nicht oder nur am Rande wahrgenommen. Gerade bei Leistungssportlern ist die Diagnostik, Betreuung und Therapie dringend verbesserungsdürftig. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) hat deshalb ein eigenes Referat „Sportpsychiatrie und -psychotherapie" gegründet. Ziel ist es, durch eine gezielte Information der Öffentlichkeit, durch entsprechende Forschung und durch spezialisierte Behandlungsangebote zu einem breiteren Verständnis für psychische Erkrankungen in der Sportwelt beizutragen.

Psychische Störungen bei Leistungssportlern

In den letzten Jahren ist es durch eine Reihe von prominenten Sportlern, v.a. mit Depressionen im Profifußball, zu einer vermehrten öffentlichen Beachtung dieser Thematik gekommen. Zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen im Leistungssport liegen noch nicht ausreichende und teils widersprüchliche epidemiologische Daten vor. Trotzdem ist davon auszugehen, dass Leistungssportler wenigstens genauso häufig wie die Allgemeinbevölkerung erkranken. Es gibt deutliche Hinweise für geschlechts- und sportartenspezifische Häufungen. So fanden sich beispielsweise in einer französischen epidemiologischen Studie (Schaal et al. 2011) Angststörungen vor allem bei weiblichen Sportlern in ästhetischen Sportarten (z.B. Turnen, Eiskunstlauf), Essstörungen bei Läuferinnen und beim männlichen Geschlecht unter den Kampfsportlern. Depressionen wurden häufig unter ästhetischen Sportarten und im Schießsport, Schlafstörungen neben den ästhetischen bei den Kampfsportarten beobachtet. Für Essstörungen wurden in ästhetischen und gewichtsabhängigen Sportarten höhere Prävalenzen als in der Allgemeinbevölkerung gefunden (Sundgot-Borgen und Torstveit 2004).

Auch bei jugendlichen Spitzenathleten im Alter zwischen 12 und 15 Jahren fanden sich psychische Auswirkungen ihrer sportlichen Betätigung (Brand et al. 2012). Bereits in diesem Alter war eine deutliche Abhängigkeit psychischer Symptome vom sportlichen Erfolg, insbesondere bei Sportlerinnen, zu verzeichnen. Unter erfolgreichen Spitzensportlern wurden zwar weniger psychische Symptome, z.B. Angst- und Paniksymptome, in Relation zu gleichaltrigen Kontrollpersonen gefun-

PRÄSIDENT
Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
PRESIDENT ELECT
Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee
PAST PRESIDENT
Prof. Dr. med. Peter Falkai, München
KASSENFÜHRER
Dr. med. Andreas Küthmann, Memmingen
BEISITZER FORSCHUNG UND BIOLOGISCHE THERAPIE
Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg, Mannheim
BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG
Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck
BEISITZER LEITLINIEN UND KLASSIFIKATION
Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
BEISITZER PSYCHOSOMATIK
Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim
BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE
Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg
BEISITZER FORENSISCHE PSYCHIATRIE
Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller, Göttingen
BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig
BEISITZER PUBLIKATIONEN UND E-LEARNING
Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN
Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin
VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt
VERTRETER PSYCHIATRISCHE KLINIKEN AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN
Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe
VERTRETER BVDN
Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
VERTRETERIN BVDP
Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
VERTRETER JUNGE PSYCHIATER
Dr. med. Berend Malchow, München
GESCHÄFTSFÜHRERIN
Dipl.-Biol. Juliane Amlacher, Berlin
HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN
BLZ 700 202 70 | KONTO 509 511
VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

den. Im Falle des sportlichen Misserfolgs und Verfehlen der Kaderkriterien aber waren bei jugendlichen Sportlerinnen eine vermehrte Depressivität, Ängstlichkeit sowie ein vermehrter Gebrauch ärztlich verschriebener Substanzen zu verzeichnen, bei männlichen Sportlern ein statistisch signifikant vermehrter Konsum von Alkohol und Nikotin.

Allerdings werden psychische Störungen vom Sportler und seinem Umfeld oft nicht als Krankheit wahrgenommen und nicht offen kommuniziert, weil sie nicht in das Bild eines souveränen und leistungsorientierten Athleten passen. Unter einer Kohorte deutscher Athleten klagten gemäß Selbstzuschreibung knapp je zehn Prozent über Essstörungen und Depressionen. Über 11 Prozent glaubten, bei sich „Burnout"-Symptome zu erkennen (Breuer und Hallmann 2013).

Durch die zunehmende Professionalisierung, Kommerzialisierung und Medialisierung vieler Sportarten nehmen nicht nur die massiven somatischen, sondern gerade auch seelische Belastungen zu. Außerdem beginnen die Sportler immer früher mit dem intensiven und systematischen Training – in einem Alter, in dem sie besonders anfällig für die Manifestation psychischer Störungen sind. Aktuelle Daten weisen darauf hin, dass Sportstudenten die Gruppe von Studierenden darstellen, die die höchste Rate des Gebrauchs von Medikamenten auch zur kognitiven Leistungssteigerung wie Methylphenidat, Modafinil und Betablocker aufweisen (Dietz et al. 2013). Junge Sportler leben zudem oft entfernt von ihrer Ursprungsumgebung in einem kompetitiven sportlichen Umfeld, in dem sie ihre gleichaltrigen Bezugspersonen als Konkurrenten erleben. Dies fördert das Gefühl von Isolation und Abhängigkeit, nicht nur im Fall des Misserfolgs.

Viele psychische Erkrankungen von Athleten erfahren zudem sportspezifische Ausprägungen, was die diagnostische Einschätzung erschwert. Erkrankungen, die vorwiegend im Leistungssport vorkommen, sind z.B. Anorexia athletica, Adipositas athletica, Athletinnen-Trias (Essstörung, Amenorrhoe und Osteoporose), Dementia pugilistica (Boxerdemenz) oder Sportsucht.

Der Erfolgsdruck bei Leistungssportlerinnen und -sportlern, den fast 90% der Athletinnen und Athleten berichteten (Breuer und Hallmann 2013), hat nicht nur sportliche, sondern oft auch berufliche und finanzielle Aspekte. So gaben 57% der Teilnehmer dieser Befragung Existenzängste an. Eine adäquate Berufsausbildung leidet oft unter intensiviertem Zeitbedarf für das Training und die Wettkämpfe. Häufig sind die Betroffenen nach Beendigung der sportlichen Karriere auf sich alleine gestellt und fühlen sich nicht auf die weitere Lebensplanung vorbereitet (91%).

Auch manifestes Doping zur Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit scheint an der Tagesordnung bei deutschen Athleten zu sein. 5,9% von 1.100 Befragten einer jüngst veröffentlichten Studie der Deutschen Sporthilfe (Breuer und Hallmann 2013) gaben offen zu, regelmäßig zu dopen. 40% der Befragten machten zu der Frage keine Angaben, was eine besonders hohe Dunkelziffer vermuten lässt. Nach einer großen anonymisierten Onlinebefragung lag der Anteil der deutschen Leistungssportler, die Dopingmittel im Verlauf ihrer Karriere genommen haben, zwischen etwa 26 und 48% (Pitsch et al. 2005). Auch der Einsatz von Schmerzmitteln (knapp 11%) und Nahrungsergänzungsmitteln (über 34%) ist gemäß der Studie von Breuer und Hallmann an der Tagesordnung. Da über 40% der Athleten bereit waren, Gesundheitsrisiken bewusst in Kauf zu nehmen, liegt es nahe, dass die Betroffenen auch wenig Rücksicht auf ihre psychische Integrität

und nicht mit dem Sport assoziierte Bedürfnisse nehmen. Mögliche Folgen des Dopings, z.B. mit anabolen Steroiden, können z.B. aggressive Verhaltensänderungen oder psychotische Symptome sein. Sehr bedenklich ist auch, dass offenbar der Fairnessgedanke eine untergeordnete Rolle spielt. Knapp 9% gaben an, an Wettkampfmanipulationen beteiligt gewesen zu sein und über 10% hielten Regelverstöße für ein probates Mittel. Auch bei diesen Fragen antwortete eine große Anzahl von Befragten nicht. Diese Daten lassen vermuten, dass viele Athleten unter erheblichem Leistungsdruck stehen und sich in einer kompetitiven Umgebung befinden, welches psychische Schwächen negiert und verleugnet, zumal das Bekenntnis hierzu weiterhin mit einem erheblichen Stigma belegt ist.

Sportbedingte Hirntraumata

Grundsätzlich ist für verschiedene sportliche Aktivitäten eine gesundheitsfördernde Wirkung sowohl hinsichtlich somatischer als auch psychischer Störungen beschrieben worden. Für einige Sportarten bestehen aber auch Risiken. So können Gewalteinwirkungen auf das Gehirn zu nachhaltigen psychischen Störungen führen. Darauf hat die DGPPN bereits in vergangenen Stellungnahmen zum Ultimate Fighting (2009) und zum Boxen (2011) hingewiesen. Die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Sportarten, bei denen die Athleten einer hohen und wiederholten Gefahr von Gewalteinwirkung auf den Kopf ausgesetzt sind (z.B. bei Kampfsportarten, Hochgeschwindigkeitssport oder bei kampfbetonten Mannschaftssportarten), sind noch nicht genügend untersucht. Recht gut bekannt dagegen sind parkinsonoide und dementielle Syndrome bei Boxern (Dementia pugilistica). Bei Footballspielern mit einer Commotio cerebri fanden sich in der Kernspin-Spektroskopie zudem metabolische Veränderungen, die sich nach sechs Monaten nur partiell zurückgebildet hatten (Henry et al. 2011). Es gibt erste Hinweise darauf, dass auch wiederholte Traumata unterhalb der Stärke einer Commotio zu strukturellen Hirnveränderungen führen können (Bazarian et al. 2012), deren klinische Relevanz noch nicht abschließend zu beurteilen ist. In den ersten zwei Wochen nach Gehirnerschütterungen fand sich eine erhöhte Häufigkeit depressiver Symptome, die auch mit neuropsychologischen Auffälligkeiten in Reaktionszeitaufgaben und jenen der räumlichen Erinnerung korreliert waren (Kontos et al. 2012). Bei Athleten, die nach einer Gehirnerschütterung depressive Symptome entwickelten, fanden sich Volumenminderungen der grauen Substanz im dorsolateralen präfrontalen Cortex, anteriorem Cingulum und Gyrus parahippocampalis sowie auch Veränderungen in der Aktivierung in diesen Regionen, entsprechend den fronto-limbischen Auffälligkeiten bei der Majoren Depression (Chen et al. 2008). Noch nicht geklärt ist die Frage, ob und in welchem Ausmaß leichte Schädelhirntraumata für das Auftreten von Depressionen prädisponieren. Auch hier besteht weiterer Forschungsbedarf.

Verbesserungsbedürftige Versorgungssituation

Nach Einschätzung der DGPPN ist die Diagnostik, Betreuung und Therapie der betroffenen Leistungssportler im Hinblick auf psychische Störungen dringend verbesserungsbedürftig. Dies betrifft auch die Prävention und die Rehabilitation.

Die massiven körperlichen Belastungen der Athleten werden wie selbstverständlich berücksichtigt und sportmedizinisch und sportpsychologisch betreut. Das Bewusstsein für mit dem Leistungssport einhergehende seelische Belastungen ist noch nicht ausreichend vorhanden. Entsprechend wird die

Notwendigkeit einer Mitarbeit der Experten für die seelische Gesundheit, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, im Leistungssport selbst noch nicht überall anerkannt.

Das spezifische Umfeld der Leistungssportler ist oftmals nicht entsprechend klinisch ausgebildet, um psychische Störungen mit Krankheitswert zu erfassen. Neben fehlender Fachexpertise stehen die in den Verbänden und Vereinen tätigen Sportpsychologen, Mentaltrainer, Coaches, Spieler- und Karriereberater, Trainer, Verbands- und Vereinsvertreter in einem Rollenkonflikt, da ihr primäres Aufgabengebiet die Leistungsoptimierung ist, verbunden oft mit wirtschaftlichen Interessen.

Die erwähnte Stigmatisierung seelisch Kranker und ihrer Angehörigen, generell von psychischen Krankheiten und Behandlungseinrichtungen, stellt eine weitere Hürde für die Betroffenen dar. Der Zugang zu einer adäquaten psychiatrischen Diagnostik und Behandlung ist für Leistungssportler somit vielfach schwieriger im Vergleich zu der Allgemeinbevölkerung. Notwendige und rechtzeitige Überweisungen an Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen gerade im Leistungssport zu selten.

Neben einer gesonderten Expertise sportspezifischer Besonderheiten sollten zukünftig freiwillige präventive sportpsychiatrische Untersuchungen und diagnostische Einschätzungen zu regelmäßigen und definierten Zeitpunkten innerhalb der sportlichen Laufbahn angeboten werden. Solche Vorsorgeuntersuchungen und -beratungen sollten insbesondere jungen Athleten mit hohem Risiko für psychische Erkrankungen zur Verfügung gestellt werden, so in ästhetischen und gewichtsabhängigen Disziplinen mit relevanter Gefahr für die Entwicklung von Essstörungen oder bei Kontaktsportarten mit Risiken für Schädelhirntraumata wie Boxen, Eishockey, Fußball, Rugby oder American Football.

Ebenso dringend notwendig erscheint uns die Vermittlung der Grundkenntnisse über die seelische Gesundheit und seelische Erkrankungen in der Trainerausbildung durch qualifizierte Fachleute mit psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutischer Ausbildung

Bislang existierte in Deutschland kein Expertennetz, welches die seelische Gesundheit im Leistungssport im Allgemeinen und die Diagnostik und Therapie der dort auftretenden psychischen Erkrankungen im Besonderen zum Arbeitsgebiet erklärte. Da die seelischen Belastungen bereits ein fester Bestandteil des Leistungssports darstellen und die Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit fließend sind, sollten bereits vor einer klinischen Manifestation psychiatrisch-psychotherapeutische Präventionsmaßnahmen in die Versorgungslandschaft von leistungsorientierten Sportlern integriert werden.

DGPPN-Referat Sportpsychiatrie und -psychotherapie
Das von der DGPPN im Jahr 2010 gegründete Referat Sportpsychiatrie und -psychotherapie hat insbesondere das Ziel, sowohl die Prävention und die individuelle therapeutische Versorgung von Leistungssportlern zu optimieren, als auch eine größere wissenschaftliche Evidenz bezüglich Ätiologie, Mechanismen und Auswirkungen von Leistungssport auf die psychische Gesundheit zu schaffen und spezielle Behandlungskonzepte zu erarbeiten.

- Durch eine gezielte Information der Öffentlichkeit soll der Stigmatisierung der betroffenen Sportlerinnen und Sportler entgegengewirkt werden und zu einem breiteren Verständnis für psychische Erkrankungen in der Sportwelt beitragen. Die Arbeit der Sportmediziner und Sportpsychologen wird durch sportpsychiatrische und -psychotherapeutische Kompetenzen ergänzt und somit die psychische Gesundheit im Leistungssport verbessert. Einen ersten Schritt stellt z.B. die Veröffentlichung von Literatur dar, die bei Betroffenen sowie in die Ausbildung von Sportlehrern und Trainern, u.a. im Fußball, zum Einsatz kommt (Schneider 2013).
- Um den sportspezifischen Bedingungen psychischer Erkrankungen gerecht zu werden, bedarf es regelmäßiger Fortbildungen und Abstimmungen der dort tätigen Experten. Das Referat setzt sich hier besonders für die Förderung der sportpsychiatrischen Expertise ein und fördert derartige Kompetenzen auch in der Weiterbildung. Zur Qualitätssicherung der Versorgung veranstaltet das Referat jährlich einen Workshop mit der Möglichkeit, den DGPPN-Qualifikationsnachweis „Sportpsychiatrie und -psychotherapie" zu erwerben. Der nächste Workshop wird am 27. September 2013 in Berlin stattfinden. Nach Erhalt dieser Qualifikation sowie der Erfüllung weiterer Kriterien ist die Aufnahme in ein bundesweites DGPPN-Expertennetzwerk möglich.
- Im November 2012 wurde zudem ein universitäres Netzwerk von acht „DGPPN-Zentren für seelische Gesundheit im Sport" gegründet. Dieses hat sich zur Aufgabe gemacht, hochspezialisierte regionale, sektorübergreifende und niederschwellige Angebote als sportpsychiatrische Ambulanzen bereitzustellen, neue Versorgungs- und Behandlungspfade zu entwickeln und diese wissenschaftlich zu begleiten. Die Angebote dieser DGPPN-Zentren werden seit Beginn sehr nachgefragt.
- Die dringend notwenige Verbesserung der wissenschaftlichen Datenbasis muss auch verstärkt in die universitäre Lehre in der Medizin, der Psychologie und den Sportwissenschaften eingebunden werden.
- Die DGPPN strebt eine enge Vernetzung mit Sportmedizinern, Sportpsychologen, Vereinen und Verbänden an, um auch auf sportpolitischer Ebene Einfluss nehmen zu können. Auch besteht eine besonders enge Zusammenarbeit mit der Robert-Enke-Stiftung. Zudem ist das Referat international gut vernetzt.

Zusammenfassung

Die DGPPN bezweckt durch ihre wissenschaftsorientierten Aktivitäten im Bereich der Sportpsychiatrie und -psychotherapie eine Verknüpfung und Integration von Kompetenzen auf dem Gebiet der Vorbeugung und Behandlung psychischer Erkrankungen von Leistungssportlern mit der bereits bestehenden sportmedizinischen und sportwissenschaftlichen Expertise. Hierdurch soll Leistungssportlern eine optimierte Versorgung angeboten werden.

DGPPN

Autoren der Stellungnahme

Frank Schneider (Aachen), Valentin Markser (Köln), Karsten Henkel (Aachen), Andreas Ströhle (Berlin), Peter Falkai (München), Wolfgang Maier (Bonn)

Weitere Informationen

www.dgppn.de
www.dgppn.de/sportpsychiatrie

Kontakt

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider
Mitglied im Vorstand der DGPPN
Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
Uniklinikum RWTH Aachen
Pauwelsstr. 30
52074 Aachen
Tel. 0241 80 89 633, Fax 0241 80 82 401
fschneider@ukaachen.de

Literatur

Bazarian JJ, Zhu T, Blyth B, Borrino A Zhong J. Subject-specific changes in brain white matter on diffusion tensor imaging after sports-related concussion. MagnReson Imaging 2012; 30: 171-180.

Brand R, Wolff W, Hoyer J. Psychosocial symptoms and chronic mood in representative samples of elite student-athletes, deselected student-athletes and comparison students. School Mental Health 2012; doi: 10.1007/s12310-012-9095-8.

Breuer C, Hallmann K. Dysfunktionen des Spitzensports: Doping, Match-Fixing und Gesundheitsgefährdungen aus Sicht von Bevölkerung und Athleten. Bundesinstitut für Sportwissenschaften, Bonn 2013.

Chen JK, Johnston KM, Petrides M, Ptito A. Neural substrates of symptoms of depression following concussion in male athletes with persisting postconcussion symptoms. Arch Gen Psychiatry 2008; 65: 81-89.

Dietz P, Striegel H, Franke AG, Lieb K, Simon P, Ulrich R. Randomized Response Estimates for the 12-Month Prevalence of Cognitive-Enhancing Drug Use in University Students. Pharmacotherapy 2013; 33: 44-50.

Henry LC, Tremblay S, Leclerc S, Khiat A, Boulanger Y, Ellemberg D, Lassonde M. Metabolic changes in concussed American football players during the acute and chronic post-injury phases. BMC Neurol 2011, 11, doi: 10.1186/1471-2377-11-105.

Kontos AP, Covassin T, Elbin RJ, Parker T. Depression and neurocognitive performance after concussion among male and female high school and collegiate athletes. Arch Phys Med Rehabil 2012; 93: 1751-1756.

Pitsch W, Emrich E, Klein M. Zur Häufigkeit des Dopings im Leistungsport: Ergebnisse eines www-surveys. Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge 2005; 46: 63-77.

Schaal K, Tafflet M, Nassif H, Thibault V, Pichard C, Alcotte M, Guillet T, El Helou N, Berthelot G, Simon S, Toussaint JF. Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. PLoSOne

Schneider F. Depressionen im Sport. Der Ratgeber für Sportler, Trainer, Betreuer und Angehörige. Herbig-Verlag, München 2013.

Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. Clin J Sport Med. 2004; 14: 25-32.