

ZOOM: SPORTPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Autorinnen/Autoren: Dominique Endres¹, Maïke Michel-Rupp¹, Peter Deibert², Almut Zeeck³, Katharina Domschke^{1,4}, Andreas Ströhle⁵
¹ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
² Institut für Bewegungs- und Arbeitsmedizin, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Freiburg, Medizinische Fakultät, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
⁴ Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Standort Berlin/Potsdam
⁵ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, CCM, Charité - Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin and Humboldt Universität zu Berlin

HINTERGRUND

- Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik, internistischer Sportmedizin, Sportorthopädie und Sportpsychologie
 - Enge Verzahnung zwischen den Fachdisziplinen sowie Zusammenarbeit mit Vereinen, Sportverbänden und Olympiastützpunkten sinnvoll
 - Teilbereiche: 1. Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern und 2. Sport bei psychischen Störungen
 - Seit 2010 Referat „Sportpsychiatrie und -psychotherapie“ der DGPPN
- Dieser Beitrag fokussiert auf den Umgang mit psychischen Erkrankungen im Leistungssport.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI LEISTUNGSSPORTLERN [1–4]

- **Häufigkeit:** Psychische Belastungen bei ca. jedem fünften Leistungssportler; ca. die Hälfte aller Olympiateilnehmer kennt Schlafstörungen; psychische Erkrankungen vergleichbar häufig wie in der Allgemeinbevölkerung; viele Erkrankungen treten unabhängig von spezifischen sportbedingten Risikofaktoren erstmalig im Alter des Karrierehöhepunkts auf (zweite/dritte Dekade); Schizophrenie wohl eher unterrepräsentiert
- **Risikofaktoren:** (Mediale) Leistungsdruck, Misserfolge, Stigmatisierung psychischer Probleme im Leistungssport, Schlafstörungen, viele Reisen, instabile soziale Netze, Verletzungen/OPs/Reha-Maßnahmen, wiederholte Schädel-Hirn-Traumata/Übertraining/hormonelle Prozesse, abnehmende Leistungsfähigkeit, (vorzeitiges) Karriereende, keine sportunabhängige Identität nach Karriereende; Individualathleten haben wohl höheres Risiko als Teamsportler
- **Sportartspezifische Aspekte:**
 - **Versagensängste** bei allen Sportarten möglich, als spezifische Phobie oder Symptom einer sozialen Angststörung
 - **ADHS** könnte bei manchen Sportarten positive Effekte haben, wie z. B. Bewegungsdrang, Spontaneität oder Risikobereitschaft
 - **Essstörungen** häufiger in Ausdauersportarten (z. B. Langstrecken-/Skilanglauf), ästhetischen Sportarten (z. B. Turnen), bei gewichtsbahängigen Disziplinen (z. B. Skispringen) oder aufgrund von Gewichtsklassen (Kampfsport)
 - **Misbrauch und Abhängigkeit** von leistungssteigernden Substanzen eher bei Ausdauer- oder Kraftsportarten anzunehmen
 - **Muskeldysmorphie** häufiger bei Männern, die Bodybuilding betreiben, verbunden mit dem Gefühl, nicht ausreichend muskulös zu sein

ZNS- BZW. INTERNISTISCHE PROZESSE MIT EINFLUSS AUF PSYCHE [1–3, 5, 6]

- **Sportbedingte Kopfverletzungen:**
 - **Gehirnerschütterungen:** Können mit Kopfschmerzen, Schwindel, Nackenschmerzen, Lärm-/Lichtempfindlichkeit, aber auch mit kognitiven Defiziten, einhergehen; meist selbst limitierend; prophylaktische Initiativen diverser Sportverbände
 - **Chronisch-traumatische Enzephalopathie:** Progressive Neurodegeneration in Folge wiederholter Kopfverletzungen (z. B. M. Parkinson bei Boxern), kann ggf. auch bei Fußballern mit dementiellen Syndromen einhergehen
- **Übertraining:** Fehlanpassung auf zu viel Training ohne kompensatorische Leistungssteigerung; geht mit Abgeschlagenheit, fehlender Motivation, Schlafstörungen und kognitiven Problemen einher; biologische Ausschlussdiagnostik (z. B. von viralen Infekten) notwendig
- **„Female athlete triad“:** Bei körperlich aktiven Frauen, bestehend aus 1) geringer Energieverfügbarkeit (ggf. im Rahmen einer Essstörung), 2) Menstruationsstörungen und 3) geringer Knochendichte; zuletzt erweitert zum geschlechtsübergreifenden **Relativen Energiedefizit im Sport (RED-S)**

ANLAUFSTELLEN UND DIAGNOSTIK [7, 8]

- **DGPPN-Zentren „Seelische Gesundheit im Sport“** stehen u. a. als etablierte Anlaufstellen zur Verfügung (**Abb. 1**)
- Die **DGPPN** stellt zudem eine Expertenliste zur Verfügung
- Regelmäßige psychometrische Screenings empfehlenswert (z. B. im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchungen für Kaderathleten), hierfür steht u. a. das **„Sport Mental Health Assessment Tool 1“** des Internationalen Olympischen Komitees zur Verfügung, eine **deutsche Übersetzung** ist vorhanden
- Auffällige Screenings können zur psychiatrischen/psychosomatischen Vorstellung führen
- Neben der **psychiatrischen Untersuchung** sollte eine somatische Ausschlussdiagnostik erfolgen mit breitem **Labor** (u. a. Blutbild und Eisenstoffwechsel, Elektrolyte/Mineralstoffe, Leberwerte, Kreatinin, Schilddrüsenwerte, Kreatinkinase, Neurovitamine, ggf. Hormonstatus oder Erregerdiagnostik), **MRT und EEG**



Abb. 1 Überblick über die DGPPN-Zentren für seelische Gesundheit im Sport

BEHANDLUNG [1–4, 9]

- Basierend auf **Leitlinienempfehlungen**
- **Störungsspezifische Psychotherapie** hat besonderen Stellenwert, da keine somatischen Nebenwirkungen erwartbar; Besonderheiten umfassen zeitliche/örtliche Inflexibilität (durch Wettkämpfe) oder hohes Anspruchsdenken; therapeutisch vorteilhaft sind oft hohe Selbstdisziplin und außergewöhnliches Engagement; bei Karriereende: „Psychologisches Abtrainieren“, d. h. Arbeit an Rollenwechsel und alternativer Gratifikation, Alltagsstrukturierung, CAVE: Identitätskrise, Depression, Suchterkrankung
- Bei der **Psychopharmakotherapie** muss mögliche körperliche Leistungsminderung im Blick behalten werden; Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, kardiale Effekte, Sedierung oder Tremor vermeiden
- **Bupropion** häufig eingesetzt bei Depressionen; **SSRIs** (z. B. Fluoxetin) ebenfalls bei Depressionen und bei Angststörungen
- Bei **Insomnie** a. e. **Melatonin**, bei **ADHS** a. e. **Atomoxetin**, zur Stimmungsstabilisierung ggf. **Lamotrigin**, bei **Psychosen** a. e. **Aripiprazol**
- Dosierungen und Präparateauswahl an sport-spezifische Aspekte anpassen (z. B. Vorsicht mit Lithium bei drohender starker Dehydratation)
- Leistungssteigernde Wirkung im Kontext der aktuellen **Dopingregularien** beachten; **nationale bzw. Welt-Anti-Doping-Agentur (NADA/WADA)** machen Vorgaben; **Verbotsliste** mind. einmal jährlich aktualisiert, NADA bietet eine hilfreiche App an
- Manche **leistungssteigernden Substanzen/Methoden** sind zu allen Zeiten verboten (z. B. anabole Substanzen), andere sind im Wettkampf verboten (z. B. Methylphenidat), andere nur bei bestimmten Sportarten untersagt (z. B. Betablocker für Schießsport)
- Medizinische **Ausnahmegenehmigung (Therapeutic Use Exemption, TUE)** unter strengen Voraussetzungen möglich
- **Kölner Liste**® ist ein hilfreiches Tool, um Nahrungsergänzungsmittel/Sportlernahrung mit minimiertem Dopingrisiko zu finden



BEDEUTUNG DER SPORTPSYCHOLOGIE IM LEISTUNGSSPORT [3, 10]

- Sportpsychologie üblicherweise Spezialisierung des sportwissenschaftlichen Studiums, Sportpsychologen nicht psychotherapeutisch geschult
- Aufgabe von Sportpsychologen ist insbes. Leistungssteigerung (z. B. mentales Training, Persönlichkeitsentwicklung) bei gesunden Sportlern, dabei zunehmende Fokussierung auf mentale Gesundheit
- Sportpsychologen meist von Vereinen bzw. Verbänden angestellt, deshalb sind zusätzliche unabhängige Anlaufstellen wie Sportpsychiater und -psychotherapeuten wichtig, die auch der Schweigepflicht unterliegen; Sportpsychologen als wichtige Bindeglieder

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dominique Endres
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Freiburg,
Medizinische Fakultät Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Hauptstraße 5, 79104 Freiburg, Deutschland
E-Mail: dominique.endres@uniklinik-freiburg.de

Referenzen: 1. Ströhle A. Sports psychiatry: mental health and mental disorders in athletes and exercise treatment of mental disorders. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2019 Aug;269(5):485–498. 2. Ströhle A, et al. [Sports psychiatry and psychotherapy]. Nervenarzt. 2022 Jul;93(7):742–753. 3. Ströhle A. Sportspsychiatrie und -psychotherapie. 2023, Springer-Verlag, Heidelberg. 4. Reardon CL, et al. Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). Br J Sports Med. 2019 Jun;53(11):667–699. 5. Giza CC, et al. Summary of evidence-based

guideline update: evaluation and management of concussion in sports [RETIRED]: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2013 Jun 11;80(24):2250–7. 6. Ling H, et al. Mixed pathologies including chronic traumatic encephalopathy account for dementia in retired association football (soccer) players. Acta Neuropathol. 2017 Mar;133(3):337–352. 7. Busch A, et al. Health problems in elite Para athletes – A prospective cohort study of 53,739 athlete days. J Sci Med Sport. 2025 Jul;28(7):521–527. 8. Gouttebarge V,

et al. International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) and Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1): towards better support of athletes' mental health. Br J Sports Med. 2021 Jan;55(1):30–37. 9. Reardon CL. The sports psychiatrist and psychiatric medication. Int Rev Psychiatry. 2016 Dec;28(6):606–613. 10. Bär KJ, Markser VZ. Sport specificity of mental disorders: the issue of sport psychiatry. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Nov;263 Suppl 2:S205–10.