

Psychische Erkrankungen

Kapitel 5

- ▶ Welche psychischen Erkrankungen können bei Sportlerinnen und Sportlern auftreten?
- ▶ Woran erkenne ich, ob eine psychische Erkrankung vorliegt?
- ▶ Was soll ich tun, wenn ich eine psychische Erkrankung vermute?

Einführung:

Psychische Erkrankungen erkennen und ernst nehmen

Depression, Ängste, Essstörungen oder Suchterkrankungen – auch Leistungssportlerinnen und Leistungssportler können psychisch krank werden. Die Folge: enormer Leidensdruck und verminderte Leistungsfähigkeit bis hin zum Leistungsausfall. Doch für viele Sportlerinnen und Sportler stellen seelische Erkrankungen in einem auf Wettkampf und Leistung ausgerichteten Umfeld noch immer ein Tabuthema dar – ein Zustand, der die psychischen Leiden sogar noch verschärfen kann.

Trainerinnen und Trainer brauchen daher eine besondere Sensibilität beim Erkennen psychischer Erkrankungen und im Umgang mit ihnen. Denn so wie der Körper krank werden kann, kann es auch die Psyche. Mit offener Kommunikation, Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen tragen Trainerinnen und Trainer dazu bei, dass seelische Leiden frühzeitig erkannt und behandelt werden.



Wenn die Seele leidet:

Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlerinnen und Leistungssportlern

Auch wenn Sport eine Beschäftigung ist, die normalerweise dem Auftreten von psychischen Erkrankungen vorbeugen kann und sogar als Maßnahme bei diesen Erkrankungen eingesetzt wird, sind auch Leistungssportlerinnen und Leistungssportler nicht davor geschützt, psychisch krank zu werden. Tatsächlich werden unter ihnen ähnlich viele psychisch Erkrankte wie in der Normalbevölkerung vermutet.

Breite Ursachen: Genetische und soziale Faktoren

Ob eine psychische Erkrankung auftritt oder nicht, hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab: Auf der einen Seite gibt es eine genetische Veranlagung, die auch als „biologische Vulnerabilität“ bezeichnet wird und die angeborene Verwundbarkeit bzw. Empfänglichkeit einer Person für eine Krankheit beschreibt. Das allein muss allerdings nicht zwingend zum Auftreten einer Erkrankung führen. Vielmehr können auf der anderen Seite auch Persönlichkeitsmerkmale wie übermäßiger Perfektionismus, Ängstlichkeit oder auch situative Bedingungen (z. B. Zeitdruck, ungünstige Arbeits- oder Familienverhältnisse) psychische Leiden auslösen. Meist ist es ein Zusammenspiel biologischer und situativer Faktoren in Kombination mit bestimmten Persönlichkeitseigenschaften, aus denen eine psychische Erkrankung entsteht.

Zu den typischen psychischen Erkrankungen, die man auch im Leistungssport findet, zählen:

- ▶ Depression
- ▶ Angststörungen
- ▶ Suchterkrankungen
- ▶ Essstörungen

Schlafprobleme haben im Zusammenhang mit psychischen Störungen eine besondere Rolle. Obwohl diese selbst keine Erkrankung darstellen, hängen sie oft mit einer psychischen Erkrankung zusammen, weil die Betroffenen vermehrt grübeln oder aufgrund ihrer Unruhezustände nicht in den Schlaf finden bzw. diesen ständig unterbrechen. Darüber hinaus können sie Anzeichen der körperlichen Überlastung sein, die oft mit psychischen Problemen einhergeht. Daher sollten die Ursachen von Schlafproblemen – auch bei Jugendlichen – hinterfragt werden (Hoyer & Kleinert, 2010).

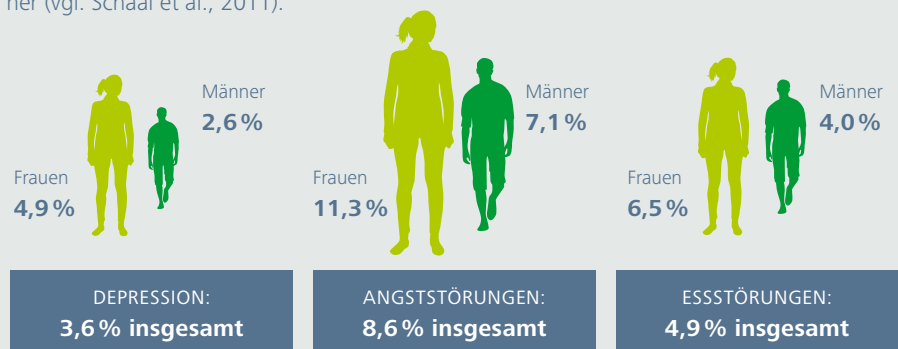
Wichtig: Psychische Erkrankungen sind ebenso gut heilbar wie körperliche (vgl. Möller, Laux & Deister, 2005). Dies zu erkennen, ist ein erster Schritt zum erleichterten Umgang mit seelischen Leiden im Bereich des Leistungssports. Eine frühzeitige Diagnose und ein verständnisvolles Umfeld tragen dazu bei, dass Betroffene schnell die erforderliche Hilfe in Anspruch nehmen.



INFO

Psychische Erkrankungen im Leistungssport – Beispielstudie aus Frankreich

Bei einer Befragung mit 2067 französischen Leistungssportlerinnen und -sportlern zwischen zwölf und 35 Jahren gaben zwischen 3,6 und 8,6 Prozent das Auftreten einer psychischen Erkrankung in den letzten sechs Monaten an. Frauen sind dabei stärker betroffen als Männer (vgl. Schaal et al., 2011).



(Jeweils innerhalb der letzten sechs Monate; Mehrfachnennungen möglich)

Depression

Eine Depression zeichnet sich durch eine gedrückte Stimmung, mangelnden Antrieb und Interessenlosigkeit aus. Als weitere zusätzliche Symptome können auftreten:

- ▶ erhöhte Ermüdbarkeit,
- ▶ Verlust von Selbstwertgefühl bzw. Selbstvertrauen/übertriebene Schuldgefühle,
- ▶ Todes-/Suizidgedanken,
- ▶ Denk- und Konzentrationsstörungen/Entscheidungsunfähigkeit,
- ▶ psychomotorische Unruhe oder Gehemmtsein,
- ▶ Schlafstörungen, Appetitstörungen und Gewichtsveränderungen.

Sehr häufig klagen die Betroffenen auch – oder nur – über körperlich-vegetative Beschwerden wie Kraftlosigkeit, Rückenschmerzen, Magen-Darm-Probleme oder Herz-Kreislauf-Beschwerden. Oft wird ein Arzt aufgrund der körperlichen Symptome aufgesucht, welche jedoch auf eine Depression hindeuten können.



**INFO****Burnout: Ergebnis totaler Erschöpfung**

Als Burnout-Syndrom wird ein Erschöpfungszustand, ein seelisches Ausgebranntsein bis hin zur völligen Kraftlosigkeit bezeichnet. Dabei stellt Burnout eine Störung mit prozesshaftem Charakter und zunehmendem Krankheitsgehalt dar, die in einem leistungsorientierten, z. B. arbeitsbezogenen Kontext entsteht (vgl. Burisch, 2010). Dies lässt sich auch auf den Hochleistungssport übertragen, der im Leben einer Athletin oder eines Athleten einen hohen Stellenwert, ähnlich dem Arbeitsleben, besitzt. Nach Raedeke & Smith (2009) manifestiert sich Burnout bei Sportlerinnen und Sportlern auf drei Ebenen:

- ▶ emotionale und physische Erschöpfung,
- ▶ Abwertung des Sports,
- ▶ sportliche Leistungsunzufriedenheit.

Ein Burnout kann einer Depression sehr ähnlich sein. Außerdem kann sich aus einem Burnout, der nur einen Teil des Lebens betrifft, eine Depression entwickeln, die alle Lebensbereiche betrifft.

**EXKURS****Suizid: Das größte Risiko der Depression**

Eine unbehandelte schwere Depression kann in den Tod führen: Über die Hälfte der an Depression Erkrankten (56 Prozent) denkt über den Tod nach (vgl. Möller et al., 2005). 15 Prozent der depressiven Patienten unternehmen einen Selbstmordversuch (Möller et al., 2005).

Wichtig: Äußerungen wie „Es hat doch alles keinen Sinn mehr“ deuten deshalb auf eine akute Suizidgefahr hin und sollten immer ernst genommen werden. Die Betroffenen gehören schnellstens in Experten Hände: Psychiaterinnen und Psychiater können eine genaue Diagnose stellen und das Suizidrisiko einschätzen. Liegt ein Notfall vor, z. B. wenn eine Sportlerin oder ein Sportler damit droht, sich nach dem Training etwas anzutun, sollte sofort der Notarzt (Tel. 112) oder ärztliche Bereitschaftsdienst (Tel. 116 117) gerufen werden. Auf keinen Fall darf die Person bis zum Eintreffen des Arztes allein gelassen werden.

Folgende Ereignisse, die typischerweise mit dem Leistungssport verbunden sind, erhöhen bei entsprechender Veranlagung die Gefahr einer Depression:

- ▶ Übertraining,
- ▶ Verletzungen und Wiederverletzungen,
- ▶ Misserfolgsserien oder Niederlagen,
- ▶ Konflikte mit der Trainerin bzw. dem Trainer, und/oder dem Team/Verein/Verband,
- ▶ mit dem Alter verbundene Leistungseinbußen,
- ▶ Karriereende.

Viele der Ereignisse und Situationen, die die Gefahr von Depressionen im Leistungssport verstärken, sind häufig und teils unvermeidbar. Es geht daher weniger darum, derartige Situationen zu verhindern, als vielmehr darum, Athleten das Rüstzeug mitzugeben, diese Situationen erfolgreich zu bewältigen.

Es empfiehlt sich, auch kritische Lebenssituationen, die nicht unmittelbar mit dem Leistungssport in Verbindung stehen, bei den Athletinnen und Athleten im Auge zu behalten. Denn auch

diese erhöhen das Risiko für eine psychische Erkrankung. Zu diesen negativen „Life Events“ gehören der Verlust von oder Probleme mit nahen Bezugspersonen, Umzug, Scheidung, aber auch Traumatisierungen wie z.B. sexueller Missbrauch.

Trainerinnen und Trainer sollten möglichen Anzeichen gegenüber sensibel sein, diese allerdings nicht vorschnell missverstehen und auch nicht überdramatisieren. Hilfreich ist der Kontakt zu Psychiaterinnen und Psychiatern oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, um den Verdacht durch diagnostische Maßnahmen auszuschließen oder zu bestätigen, damit schnellstmöglich eine geeignete Behandlung in die Wege geleitet werden kann.

Auffälligkeiten und krankheitsverdächtige Beobachtungen können auch durch sogenannte Screening-Methoden in Form kurzer Fragebögen (siehe Kästen) unterstützt werden. Diese liefern allerdings nur Verdachtsmomente und dienen nicht der Feststellung der depressiven Störung.



Kurztests sind wichtig, aber ungenau!

Das Ergebnis eines Screening-Tests ist ungenau. Wenn sich beispielsweise im PHQ2-Test ein auffällig hoher Wert (hier der Wert „3“) ergibt, so liegt lediglich in drei von vier Fällen tatsächlich eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor. Noch ungenauer ist hier der WHO-5-Test (siehe Seite 15). Bei auffälligen Werten (hier der Wert „13“) liegt lediglich in 34 Prozent der Fälle tatsächlich eine Depression vor (WHO, 1998). Die Gefahr eines „Fehlalarms“ ist daher bei diesen Screening-Tests immer gegeben. Ein positives Testergebnis (d. h. der Verdacht auf eine Erkrankung) muss also mit Vorsicht und Zurückhaltung behandelt werden. Vor allem sollten Screening-Tests daher dazu dienen, eine Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Dies gilt besonders für den WHO-5.

Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2)

Der Fragebogen von Kroenke Spitzer und Williams (2003) dient dazu, die Stimmungslage innerhalb der letzten zwei Wochen zu erfassen. Drei von vier Menschen mit auffälligem Wert leiden unter einer behandlungsbedürftigen, depressiven Erkrankung. Der Testwert ergibt sich aus der Summe beider Angaben. Auffällig ist ein Summenwert von 3 oder höher. Wenn sich ein solcher Wert über längere Zeit (z. B. mehrere Wochen) hält, sollten weitere diagnostische Schritte unternommen werden. Informationen hierzu oder Unterstützung erhalten Trainerinnen und Trainer sowie Sportlerinnen und Sportler beim Mannschafts- oder Hausarzt.

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (2)
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten				
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit				



Angststörungen

Im wettkampforientierten Leistungssport ist der Umgang mit Ängsten nicht ungewöhnlich. In bestimmten Situationen „Wettkampfangst“ oder „Angst vor Misserfolg“ zu empfinden, gehört zum Alltag vieler Leistungssportler. Angst in normaler Ausprägung hat eine Alarmfunktion für den Menschen, und hilft dabei, eine bedrohliche Situation zu bewältigen. Im Sport könnte dies beispielsweise bedeuten, sich besonders gut körperlich und mental auf den Wettkampf gegen den „Angstgegner“ vorzubereiten oder kognitive Strategien zum Bewältigen von Misserfolg anzuwenden. Sportpsychologinnen und Sportpsychologen können dabei helfen, mit solchen kritischen Situationen angemessen umzugehen.

Wenn aber Ängste im Sport und/oder in anderen Lebensbereichen übermäßig sind oder zu langfristiger Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit führen, sprechen wir von sogenannten Angststörungen. Diese sind nicht nur durch ein Übermaß und Langfristigkeit definiert, sondern

lähmen die körperlichen und geistigen Funktionen stark. Die Angst ist in diesem Fall pathologisch. Hier gilt es, umgehend eine Psychiaterin oder einen Psychiater oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Wer eine übermäßige Angstreaktion bei gleichzeitigem Fehlen akuter extremer Gefahren oder Bedrohungen zeigt, leidet unter einer Angststörung. Betroffene zeigen dabei häufig sehr heftige Angstreaktionen, z. B. Panikattacken, die sich auf verschiedenen Ebenen manifestieren können:

- ▶ **Kognitive Ebene:** z. B. sich sorgen, dass etwas Schlimmes passieren wird
- ▶ **Körperliche Ebene:** z. B. Herzrhythmusstörungen, Herzrasen, Schwindelattacken, Schweißausbrüche, Atemnot
- ▶ **Verhaltensebene:** Vermeidungsverhalten, plötzliche Flucht

Daneben können Ängste in unterschiedlichen Zusammenhängen auftreten – von der Platzangst bis zur Sozialphobie (siehe Kasten, Seite 116).

Typische Angsterkrankungen und Phobien (vgl. Möller et al., 2005)

Panikstörung

- ▶ Ohne sichtbaren Anlass entstehende ausgeprägte Angst
- ▶ Wiederkehrende, schwere Angstattacken, die sich nicht auf eine spezifische Situation beschränken
- ▶ Nicht vorhersehbar

Lebenszeitprävalenz*: 3–4 %; etwa 11 % der Frauen und 7 % der Männer erleben im Laufe ihres Lebens eine Panikattacke

Generalisierte Angststörung

- ▶ Generalisierte und lang anhaltende Angst, die nicht auf bestimmte Situationen in der Umwelt beschränkt ist
- ▶ Die Angst ist „frei flottierend“, d. h. diffus und ohne klaren Bezug
- ▶ Übermäßige Sorgen

Lebenszeitprävalenz*: 7–8 %; Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer

Agoraphobie („Platzangst“)

- ▶ Angst, sich in Institutionen oder an Orten aufzuhalten, an denen eine Flucht nicht möglich oder keine Hilfe verfügbar ist (z. B. in Menschenmengen, auf öffentlichen Plätzen, bei Reisen)

Lebenszeitprävalenz*: 5–6 %

Soziale Phobie

- ▶ Anhaltende Angst vor Situationen, in denen die Person im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer steht
- ▶ Häufig mit niedrigem Selbstwert und Furcht vor Kritik verbunden

Lebenszeitprävalenz*: 2–11 %

Spezifische Phobie

- ▶ Zum Beispiel Tierphobien, Höhenangst, Angst vor geschlossenen Räumen

Lebenszeitprävalenz*: 8–9 %

*Auftreten einer bestimmten Erkrankung im bisherigen Leben der Untersuchten



Suchterkrankungen

Sucht wird definiert als dominierendes und/oder zwanghaftes Bedürfnis und Angewiesensein auf bestimmte Substanzen. Dazu gehören klassischerweise die Sucht nach Alkohol, Tabak oder Drogen – es wird daher auch von substanzinduzierten (stoffgebundenen) Störungen gesprochen. Im Verhältnis zu den anderen Suchtformen überwiegt im Leistungssport der Missbrauch von Alkohol, während Nikotin und andere Drogen seltener zu Problemen führen (vgl. Teubel, Hoffmann, Bernert & Lau, 2010). Dies ändert sich allerdings mit dem Karriereende: Dann tritt Drogen- und Alkoholmissbrauch in einzelnen Fällen auf. Äußerst bedenklich ist zudem die Einnahme von Schmerzmitteln. In manchen Sportarten des Spitzensports scheinen sie zum täglichen Leben dazuzugehören.

Je nach Suchtstoff und Abhängigkeitsmuster treten psychische, körperliche und/oder soziale Folgen auf (vgl. Möller et al., 2005):

- ▶ **Psychische Symptome:** Interessenverlust, Stimmungsschwankungen, Gleichgültigkeit, Störungen des Kritikvermögens
- ▶ **Körperliche Symptome:** vegetative Störungen, Schlafstörungen, Gewichtsverlust, neurologische Ausfälle
- ▶ **Soziale Symptome:** Kriminalität, Dissozialität (Verhalten einer Person, die nicht die Fähigkeit besitzt, sich in die bestehende Gesellschaft einzuordnen), beruflicher Abstieg, Suizidgefährdung

EXKURS

Spielsucht bei Profisportlerinnen und Profisportlern

Eine spezielle Form der Suchterkrankung ist die Spielsucht. Sie stellt in bestimmten Bereichen des Leistungssports eine besondere Herausforderung dar – gerade in Sportarten mit hohen finanziellen Vergütungen, vor allem im Profifußball der Männer. Denn aufgrund der hohen Summen, die ihnen zur Verfügung stehen, geraten Sportler schneller in Versuchung, enorme Wetteinsätze zu tätigen. Eine pathologische Spielsucht liegt dann vor, wenn die Sportlerin oder der Sportler unfähig ist, der Versuchung des Glücksspiels und anderem Spielverhalten zu widerstehen, auch wenn dadurch persönliche, familiäre und berufliche Verpflichtungen massiv geschädigt werden (vgl. Möller et al., 2005). Im Gegensatz zu anderen Suchterkrankungen ist die Glücksspielsucht nicht stoffgebunden wie bei Alkohol oder Nikotin. Die Abhängigkeit besteht deshalb nicht nach einer bestimmten Substanz, sondern einem Verhalten.



Essstörungen

Gerade im Leistungssport können verstärkt Essstörungen auftreten. Dies gilt besonders für Sportarten, bei denen ein geringes Gewicht zu einer besseren Leistung im Sinne der Ästhetik beitragen kann (z.B. Eiskunstlaufen, Turnen) oder bei denen das Einhalten einer bestimmten Gewichtsklasse notwendig ist (z.B. Judo, Ringen, Taekwondo) bzw. einen Wettbewerbsvorteil bringt (z.B. Skispringen, Langstreckenlaufen, Triathlon). In der Normalbevölkerung findet sich bei etwa einem bis vier Prozent aller Personen aktuell eine Essstörung (manche Untersuchungen berichten auch ein häufigeres Vorkommen). Speziell in den besagten Sportarten leiden vier bis 25 Prozent der Athletinnen und Athleten darunter (vgl. z.B. Sundgot-Borgen, 1993). Häufig entsteht eine Essstörung auch nicht durch den Sport selbst, sondern besteht schon vor der leistungssportlichen Laufbahn oder entwickelt sich parallel zum Sport aus anderen Gründen.

Die zwei am häufigsten auftretenden Essstörungen sind die Bulimie und die Anorexie:

- ▶ Bei der **Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht)** kommt es zu „Fressanfällen“ mit anschließendem selbst herbeigeführtem Erbrechen.
- ▶ Die **Anorexia Nervosa (Magersucht)** führt zu einem erheblichen, selbst initiierten Untergewicht durch verminderte Nahrungsaufnahme, exzessives Bewegen und/oder selbst herbeigeführtes Erbrechen und Abführen. Sie zeichnet sich durch eine starke Furcht vor dem Dickwerden aus. Die Körperwahrnehmung ist gestört: Die Betroffenen nehmen sich als zu dick wahr, obwohl sie zum Teil schon deutlich zu dünn sind. Studien belegen, dass etwa jede bzw. jeder Zehnte an Anorexia nervosa Erkrankte an den Folgen dieser Erkrankung stirbt.

Anorexia athletica

Eine Sonderform der Essstörungen meist bei Sportlerinnen, aber auch bei Sportlern ist die Anorexia Athletica (Sundgot-Borgen, 2004). Symptome sind eine Reduktion des Gewichts und des Körperfettanteils aus Gründen der Leistungssteigerung und nicht aus Sorge um das Aussehen. Die Symptome sollten verschwinden, wenn die Athletinnen und Athleten ihre Karriere beenden. Aufgrund der zu geringen Energiezufuhr kann es zum Ausbleiben der Menstruation und zu Osteoporose kommen – gerade für Heranwachsende ein kritischer Zustand (Lebenstedt, Bussmann & Platen, 2004). Es besteht auch die Gefahr, dass die Anorexia athletica in eine klinisch relevante Essstörung übergeht.

Essstörungen treten häufig zusammen mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depression oder Angststörungen auf. Für Trainerinnen und Trainer ist es daher unerlässlich, die Athletinnen und Athleten auch bezogen auf diese Erkrankungen sensibel und fürsorglich zu betreuen. Unbedachte Äußerungen wie „Du hast aber ganz schön zugenommen“ oder „Dann hungere dich mal wieder in deine alte Form zurück“ oder öffentliches Wiegen können bei Sportlerinnen und Sportlern, gerade bei jugendlichen, starke Irritationen auslösen und eine Essstörung begünstigen.

Wichtig: Alle Essstörungen gehören in eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung, die in schweren Fällen auch stationär durchgeführt werden sollte. Nur so können die Betroffenen die optimale Therapie erhalten, die häufig aus medikamentöser Behandlung plus kognitiver Verhaltenstherapie besteht. Gerade bei Essstörungen ist es wichtig, dass die Betroffenen möglichst frühzeitig behandelt werden, da dies die Chance deutlich erhöht, dass die Krankheit komplett geheilt werden kann.

Lesetipp:

- ▶ **Schneider, F. (2013).** Depressionen im Sport: Der Ratgeber für Sportler, Trainer, Betreuer und Angehörige. Verstehen, vorbeugen, helfen. München: Herbig.
- ▶ **Lebenstedt, M., Bussmann, G. & Platen, P. (2004).** Ess-Störungen im Leistungssport: Ein Leitfaden für Athlet/innen und Trainer/innen, Eltern und Betreuer/innen (1. Aufl.) Köln: Sport und Buch Strauss.



FAZIT

Auch Athletinnen und Athleten können psychisch erkranken. Wichtig ist deshalb, dass Trainerinnen und Trainer achtsam sind und sich auch für die psychische Verfassung ihrer Sportlerinnen und Sportler interessieren. Im Bedarfsfall sollte den Betroffenen schnell und unkompliziert professionelle Hilfe, z. B. durch Psychiaterinnen und Psychiater oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, zur Seite gestellt werden – denn wie andere Krankheiten sind auch psychische Leiden heilbar.

Tipps und Lösungen:

Was Sie als Trainerin bzw. Trainer tun können

- ▶ **1.** Wenn Sie sich nicht sicher sind, ob es Ihren Sportlerinnen und Sportlern gut geht, wenden Sie sich an **Beratungs- und Hilfseinrichtungen** (siehe Kontaktadressen), die Ihnen psychiatrische, psychotherapeutische oder psychologische Unterstützung bieten. Diese können erste Screening-Verfahren durchführen und wenn nötig eine Therapie veranlassen. Hierbei ist es ratsam, insbesondere die von der Robert-Enke-Stiftung ins Leben gerufene „Beratungshotline seelische Gesundheit im Sport“ in Anspruch zu nehmen.
- ▶ **2.** Eignen Sie sich ein **Basiswissen** darüber an, welche psychischen Erkrankungen bei Ihren Athletinnen und Athleten auftreten könnten und welche typisch in ihrer Sportart sind. Bleiben Sie sensibel für spezifische Symptome. Besuchen Sie Fortbildungen zu diesem Thema.
- ▶ **3.** Vermitteln Sie Ihren Athletinnen und Athleten, dass eine psychische Erkrankung kein Zeichen von Schwäche ist, sondern häufig eine „Verletzung der Seele“, die wie eine körperliche Verletzung sehr gut behandelbar und heilbar ist. Auf diese Weise zeigen Sie, dass Sie für die Thematik offen sind und **Verständnis** haben, wenn Sportlerinnen und Sportler wegen psychischer Erkrankungen genauso wie bei körperlichen eventuell pausieren müssen.
- ▶ **4.** Knüpfen Sie **Kontakte zu Fachleuten** (Sportpsychotherapeutinnen und Sportpsychotherapeuten, Sportpsychiaterinnen und Sportpsychiater), die Sie beraten und an die Sie Ihre Athletinnen und Athleten im Bedarfsfall vertrauensvoll weiterleiten können.
- ▶ **5.** Seien Sie aufmerksam und befragen Sie Ihre Sportlerinnen und Sportler regelmäßig nach ihrem Befinden. Sie können dies entweder im Gespräch tun oder sogenannte Monitoring-Verfahren nutzen, die Ihnen in kurzer Zeit einen **Einblick über die Befindlichkeit** Ihrer Athletinnen und Athleten geben (siehe Kästen im Kapitel Trainingsbetreuung). Treten hierbei über längere Zeit auffällige Werte auf, sollten Sie gemeinsam mit den Betroffenen die Ursache hinterfragen und mit der Hilfe von Fachleuten eine behandlungsbedürftige Erkrankung ausschließen. Ist dies der Fall, sollte eine erfahrene Sportpsychologin oder ein erfahrener Sportpsychologe mit der Sportlerin oder dem Sportler weiterarbeiten und sie bzw. ihn im Trainings- und Wettkampfprozess begleiten.
- ▶ **6.** **Bleiben Sie hellhörig**, wenn Ihre Trainierenden äußern, dass ihnen „momentan alles zu viel wird“, dass „die Lust gerade total abhandengekommen ist“ oder dass ihnen nicht mehr klar ist, „wo in allem noch der Sinn liegt“. Hier sollten Sie nachfragen, was genau hinter diesen Äußerungen steckt: Ist es nur der momentane Frust, z.B. aufgrund einer Nichtnominierung, oder eine ernste, anhaltende Problematik?



- ▶ **7.** Vermeiden Sie unsensible Ansprachen, Sätze oder Worte, die die Körperform und Konstitution Ihrer Athletinnen und Athleten infrage stellen. Sie sollten nicht ständig bewerten, ob sie zu- oder abgenommen haben. Dennoch sollten Sie für **körperliche Anzeichen** sensibel bleiben. Wenn es für die sportliche Leistung wichtig ist, dass eine Sportlerin oder ein Sportler abnimmt, sollte ihm eine Ernährungsberaterin oder ein Ernährungsberater an die Seite gestellt werden, um einen Abnehmprozess langfristig zu begleiten. Sportlerinnen und Sportler kennen häufig nur drastische und ungesunde Methoden zum Abnehmen, die zur Entwicklung einer Essstörung beitragen können.
- ▶ **8.** Bleiben Sie sensibel für die **Anzeichen psychosozialer Konflikte** im Leben Ihrer Athletinnen und Athleten. Nur vor diesem Hintergrund können Sie Veränderungen in ihrem Verhalten richtig deuten und ihnen frühestmöglich adäquate Hilfe anbieten. Nur Sportlerinnen und Sportler, denen es psychisch gut geht, sind in der Lage, ihre volle Leistung zu bringen.

Konkrete Unterstützung bieten folgende Anlaufstellen:

▶ Bei Verdacht auf eine psychische Erkrankung

Beratungshotline „Seelische Gesundheit im Sport“

Kooperationsprojekt zwischen der Robert-Enke-Stiftung und dem Universitätsklinikum Aachen

Tel.: 0241 - 803 67 77

Sprechzeiten: Mo, Mi, Fr 9–12 Uhr / Di, Do 13–16 Uhr

DGPPN-Zentren „Seelische Gesundheit im Sport“

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

www.dgppn.de/sportpsychiatrie.html

Kurzlink zu DGPPN-Zentren: <http://bit.ly/18nZnrf>

Kurzlink zur DGPPN-Expertenliste: <http://tinyurl.com/DGPPN-Expertenliste>

▶ Information zur Prävention und Vorsorge psychischer Erkrankungen

MentalGestärkt – Psychische Gesundheit im Leistungssport

Deutsche Sporthochschule Köln

Am Sportpark Müngersdorf 6, 50933 Köln

Tel.: 0221 - 49 82 55 40

Fax: 0221 - 49 82 81 70

www.mentalgestaerkt.de

mentalgestaerkt@dshs-koeln.de

„Psychische Erkrankungen bedeuten nicht das Ende“

Die Ex-Schwimmerin und Ärztin **Petra Dallmann** wünscht sich, dass Trainer genau hinschauen.

Foto: Universitätsklinikum Heidelberg



Sie betreuen am Universitätsklinikum Heidelberg seit 2012 eine sportpsychiatrische Sprechstunde für Leistungssportler. Warum ist ein Angebot nötig, das spezifisch auf die Bedürfnisse von Spitzensportlern zugeschnitten ist? Ein Sportler mit psychischen Problemen kann natürlich zu jedem Psychiater gehen. Aber die Hemmschwelle ist hoch, so ein Angebot wahrzunehmen, denn Sport verkörpert erst einmal Fitness und Stärke. Wir hoffen, die Hemmschwelle mit unserem Angebot zu senken. Außerdem sind bei der Diagnostik spezifische Krankheitsbilder zu beachten, beispielsweise die Anorexia athletica oder das Übertrainingssyndrom. Für jemanden, der mit dem Leistungssport nichts zu tun hat, ist das schwerer zu erkennen. Man kann zu einem Leistungssportler in der Therapie auch nicht pauschal sagen: Machen Sie mal einen Monat Pause, der Sport ist für Sie zu stressig. Das betrachten wir differenzierter. Der Sport kann verschiedene wichtige Funktionen haben, er gibt dem Tag Struktur, dem Leben einen Sinn. Außerdem ist es wichtig, den Sport auch bei der Behandlung zu berücksichtigen, zum Beispiel hinsichtlich der Nebenwirkungen von Medikamenten und der Antidopingliste.

Sind Leistungssportler gestresster als andere Menschen? Schließlich ist ihr Alltag durchgetaktet, sie müssen hart trainieren und haben oft noch berufliche Verpflichtungen. Da bleibt nicht viel Zeit für Freunde oder Urlaub ... Sportler haben natürlich einen volleren Wochenplan als viele andere Menschen. Das heißt aber nicht unbedingt, dass sie sich deshalb als gestresster erleben. Letztendlich geht es um das eigene Empfinden. Klar hat man weniger Zeit für Freunde oder Urlaub. Das heißt aber noch lange nicht, dass man sein Leben negativer bewertet. Laut wissenschaftlichen Belegen ist das Risiko von Leistungssportlern, an einer Depression zu erkranken, genauso hoch wie das von anderen Menschen. Die Annahme, Sportler seien nicht betroffen, weil sie als mental besonders stark gelten, ist falsch.

Wer kommt zu Ihnen in die Sprechstunde? Welche Probleme und Erkrankungen sind typisch? Typisch sind Depressionen, Essstörungen, Angststörungen und vereinzelt Persönlichkeitsstörungen. Auch viele junge Athleten ab 15 Jahren melden sich in der Sprechstunde bzw. meist deren Eltern oder Trainer. Das war anfangs überraschend für mich. Deshalb arbeiten wir nun eng mit den Kollegen aus unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie zusammen. Nicht alle kommen mit einer psychischen Erkrankung. Wenn es um Wettkampfangst oder Motivationsprobleme geht, vermittele ich auch weiter an einen Sportpsychologen.

Leistungssportler gelten als besonders hart zu sich selbst und gehen oft bis an die Schmerzgrenze. Haben Sportler deshalb eher Probleme, Hilfe in Anspruch zu nehmen? Ich denke schon, dass das Leid bei Sportlern ein bisschen größer sein muss als bei anderen Menschen, bevor sie sich melden. ‚Nur die Harten kommen in den Garten‘ – so lebt man als Sportler. Man geht nicht wegen jedem Wehwechen zum Arzt. Genauso sieht es mit der Psyche aus. Ich hatte nie das Gefühl, dass es sich bei den Problemen der Sportler, die sich melden, nur um Kleinigkeiten handelt. Eher denke ich, dass sich manch einer auch schon früher hätte melden können.

Wie können Trainer hier besser unterstützen? Trainer haben eine wichtige Funktion. In den meisten Fällen sind sie ja eine ganz zentrale Vertrauensperson im Leben von Sportlern, die ihre Trainer manchmal öfter sehen als ihre Eltern. Trainern rate ich deshalb, genau hinzuschauen. Wenn sie Bedenken haben, sollten sie ihre Athleten motivieren, Hilfe aufzusuchen.

Manche Leistungssportler bringen im Wettkampf gute Leistungen und sind trotzdem behandlungsbedürftig. Wann ist ein Punkt gekommen, an dem man als Trainer die Bremse ziehen sollte? Wenn Trainer an ihren Athleten beispielsweise wahrnehmen, dass sie sich nur noch wenig freuen, kraftlos sind, Schlaf- und Appetitstörungen haben, und das an mehreren Tagen hintereinander. Dann wäre für mich ein Punkt erreicht, den Athleten anzusprechen: dass man eine Veränderung wahrnimmt, man sich Sorgen macht. Dann erfährt man vielleicht, was dahintersteckt. Möglicherweise hat ja die Freundin vor zwei Wochen Schluss gemacht oder es gab eine schlechte Klausur. Wenn man aber merkt, der Athlet hat an nichts mehr Interesse und seine Stimmung bessert sich nicht in den nächsten Tagen, dann rate ich, externe Hilfe zu suchen. Bei Essstörungen, zum Beispiel wenn Sportler stark untergewichtig sind, müssen sie auch Konsequenzen ziehen, eine Trainingspause in Erwägung ziehen und eine Therapie beginnen. Die Anorexie ist eine Erkrankung, an der circa zehn Prozent der Betroffenen sterben. Das sollte man nicht auf die leichte Schulter nehmen.

Was können Sie Trainern im Leistungssport noch mit auf den Weg geben? Ich würde mir wünschen, dass Trainer ihre Hemmschwelle vor Psychiatern abbauen. Psychische Erkrankungen kann man gut behandeln, häufig lässt sich eine vollständige Heilung erzielen. Sie müssen nicht das Ende einer Sportlerkarriere bedeuten. Je nachdem, wie stark sie ausgeprägt sind, kann man trotzdem weitertrainieren. Es ist wichtig, den Trainer mit im Boot zu haben, um Erkrankungen früh zu erkennen und so die Heilungschancen zu erhöhen. Denn wir alle haben das Wohl des Athleten zum Ziel.

Jeden Morgen Frühtraining in der Halle, schnell in den Hörsaal, abends wieder Training – so sah lange auch Ihr Alltag aus. Das hat Sie belastbarer gemacht, sagen Sie. Welche positiven Auswirkungen kann der Leistungssport noch haben? Die Zeit, in der ich Leistungssportlerin war, hat mir unglaublich schöne und intensive Momente meines Lebens beschert. Ich bin herumgekommen und durfte so viel erleben und lernen, auch ein gutes Zeitmanagement und mich gut zu organisieren. Wehleidig macht einen der Leistungssport sicher nicht, im Gegenteil: Man wird manchmal auch sehr hart zu sich. Vielleicht hier und da ein bisschen zu hart.

Weltrekord mit der 4-mal-100-Meter-Freistil-Staffel, Weltmeisterin, Olympiamedaillengewinnerin – **Petra Dallmann** hat während ihrer Sportkarriere zahlreiche Erfolge erzielt. Parallel absolvierte sie ein Medizinstudium. 2009 zog Dallmann sich aus dem aktiven Leistungssport zurück. Sie arbeitet momentan als Assistenzärztin an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg.

„Im Kopf türmte sich eine riesige Last auf“

Markus Miller hat nach seiner Auszeit schnell wieder zu vorheriger Leistungsstärke gefunden – auch durch die vertrauensvolle Unterstützung von Verein, Mannschaft und Trainer.

Foto: firo sportfoto



Herr Miller, 2011 ließen Sie sich wegen einer akuten mentalen Erschöpfung in einer Klinik behandeln. Warum haben Sie sich damals dazu entschieden, Ihre Erkrankung öffentlich zu machen? Die Entscheidung war nicht einfach und zog sich über mehrere Wochen. Natürlich habe ich erst einmal im Kreis der Familie überlegt, wie ich vorgehen soll. Es gab ja keine Erfahrungswerte. Kurzzeitig gab es auch den Gedanken, eine vermeintliche Verletzung mit anschließender Reha vorzuschieben. Ich wusste aber vorher nicht, wie lange ich weg bin. Hinzu kam auch die Nervosität, wenn es am Ende doch herauskommt. Letztendlich bin ich aus Überzeugung zu der Entscheidung gekommen, dass es mir Druck nehmen wird, wenn ich ehrlich mit der Sache umgehe. Im Nachhinein betrachtet war dies auch die richtige Entscheidung.

An welchen Anzeichen haben Sie damals gemerkt, dass etwas nicht stimmt? Gab es einen Auslöser? Psychische Erkrankungen bahnen sich ja oft in einem schleichenden Prozess an. Es kommen viele kleine Dinge zusammen, die dann etwas Großes auslösen. Vielleicht war es die neue Situation, die Erwartung, die ich nach dem Wechsel

zum etablierten Bundesligisten Hannover 96 hatte. Schon nach zwei Wochen verletzte ich mich am Knöchel und konnte nur noch mit Schmerzen trainieren. Obwohl die Knöchelverletzung irgendwann abgeheilt war, hatte es sich eingependelt, dass ich nicht mehr normal funktionierte. Ich brachte einfach nicht die Leistung, die ich von mir kannte und auch von mir erwartete. Irgendwann kam der Punkt, an dem ich verstanden habe: Da stimmt etwas nicht.

Wie hat sich Ihre Erschöpfung geäußert und wie haben Sie das während des Trainings erlebt? Ich habe es an meiner Leistung gemerkt. Die meisten Fußballspieler sind ja schon als Kind auf den Bolzplatz gegangen. Profis sind sie geworden, weil sie einfach Freude daran haben zu kicken. Das war auch meine Motivation. In der Zeit meiner Erkrankung bin ich aber morgens zum Training gefahren und habe gedacht: Ich kann nicht mehr. Ich will da nicht mehr hin. Es macht einfach keinen Spaß mehr. Das Training wurde damit extrem kräftezehrend. Im Kopf türmte sich eine riesige Last auf, ich habe mich vor einer unlösbaren Aufgabe gesehen. Dann ist das Gefühl der Hilflosigkeit in einen Erschöpfungszustand übergegangen.

Würden Sie den Druck, der im Leistungssport herrscht, dafür verantwortlich machen? Eher nicht, obwohl ich nur für mich reden kann. Im Fußball ist der Druck sicherlich extrem hoch. Man funktioniert oder man ist weg – etwas überspitzt ausgedrückt. Aber letztendlich ist das auch ein Gesellschaftsproblem. Der Druck steigt in allen Bereichen. Wenn ich woanders gearbeitet hätte, wäre die Erkrankung vielleicht bei einem bestimmten Auslöser auch ausgebrochen.

Gerade Leistungssportler gestehen sich eine psychische Erkrankung oft nicht gerne ein. Wie war das bei Ihnen? Hätten Sie die Bremse früher ziehen können? Nein, denn ich kannte so ein Problem vorher ja gar nicht und wusste deshalb nicht, wie ich damit umgehen soll. Und gerade im Leistungssport, wo man täglich im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht, sagen Sportler nicht unbedingt begeistert:

Ich leg jetzt mal fünf Wochen Pause ein. Denn alles wird ja direkt öffentlich. Es ist kein tolles Gefühl, wenn man permanent von sich negativ in der Zeitung liest.

Wie haben Ihr Verein und Ihr Trainer reagiert? Absolut vorbildlich. Der Erste, den ich im Verein informiert habe, war der damalige Trainer Mirko Slomka, der sehr offen damit umgegangen ist und gleich Hilfe angeboten hat. Später war ein kleiner Kreis eingeweiht, alle haben sich sehr positiv verhalten. Sicherlich hat auch der Suizid von Robert Enke den Klub und sein Umfeld, also auch die Menschen in Hannover, sensibilisiert. Es fiel mir dadurch leichter, an die Öffentlichkeit zu gehen. Was die Öffentlichkeitsarbeit anbelangt, hat auch unser Pressesprecher Alex Jacob vorbildliche Arbeit geleistet. Der Verein hat mir alle Unterstützung zugesichert. Die Mannschaft hat mir in der Zeit, in der ich weg war, sogar Videobotschaften geschickt.

Wie können Trainer helfen, eine solche Erkrankung frühzeitig zu erkennen? Das ist schwer. Ich finde trotzdem, ein Trainer hat große Verantwortung für die Spieler. Er sollte sensibel sein, wenn sie Probleme haben. Als Unterstützung würde ich jedem Trainer raten, sich Hilfe von außen zu holen, beispielsweise einen Sportpsychologen. Das wäre der erste Schritt in die richtige Richtung.

Was hat Ihnen beim Wiedereinstieg besonders geholfen? Oder anders gefragt: Wie kann ein Trainer dazu beitragen, dass man schnell wieder in die Mannschaft findet? Als ich zum ersten Training kam, war die Mannschaft sehr locker. Es war so, als hätte ich nur ein Wochenende freigestanden. Die Jungs haben Späße gemacht, ich war sofort wieder integriert. Sie sind vollkommen unbefangen mit mir umgegangen. Was Unterstützung anbelangt, sind die Bedürfnisse sicherlich individuell. Ich wurde nicht künstlich in Watte gepackt, aber auch nicht links liegen gelassen. Trainer sollten ganz natürlich mit solchen Athleten umgehen, Betroffene mit Respekt, aber nicht außergewöhnlich behandeln. Zwischen physischen und psychischen Verletzungen sollte man keine Unterschiede machen.

Wie hat sich Ihr Leben seit Ihrer Erkrankung verändert? Ich habe einen anderen Blick für meine Umwelt entwickelt. Als ich aus der Klinik am Hauptbahnhof in Hannover ankam, habe ich zum ersten Mal gemerkt, wie hektisch, gestresst und schnell das Leben um mich herum ist. Meine Wahrnehmung hat sich verändert, ich kann mehr genießen und habe ein Auge für Dinge, die ich vorher nicht gesehen habe – ob es ein Sonnenuntergang ist, der mir früher eigentlich egal war, oder die Zeit mit meiner Familie. Ich gehe alles etwas lockerer an und nicht so verbissen wie früher. Außerdem habe ich mir ein Motorrad gekauft und genieße es, damit im Sommer zum Training zu fahren.

Sie waren es gewohnt, im Verein die Nummer eins im Tor zu sein. Bei Hannover 96 stehen Sie an zweiter Stelle. Wie schwer ist es im Spitzensport, die Nummer zwei zu sein? Das gehört zum Sport dazu. Es kann ja immer nur einer spielen. Vor meiner Erkrankung war das bestimmt auch ein Punkt, der mich sehr beschäftigt hat. Inzwischen muss ich aber sagen: Sicherlich ist es schöner zu spielen, ich freue mich über jedes Spiel. Aber letztendlich ist es auch mein Job. Wenn ich im Training die Bälle gut halte, dann müssen die Stürmer während der Bundesligaspiele auch besser schießen. Dann habe ich meinen Teil dazu beigetragen.

Markus Miller absolvierte für den Karlsruher SC in sieben Jahren insgesamt 183 Erst- und Zweitligaspiele. Nach Auslaufen seines Vertrags wechselte der Torwart 2010 zu Hannover 96. Anfang September 2011 ließ sich Miller wegen einer akuten mentalen Erschöpfung stationär behandeln und legte eine elfwöchige Pause ein. Mit seiner Erkrankung ging er damals offen um.