Universität Leipzig
Fakultät für Lebenswissenschaften
**Institut für Psychologie**

# Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Nachwuchsleistungssport – Evaluation eines Workshops für Bezugspersonen

Abschlussarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science (M.Sc.)

vorgelegt von

**Katja Johne**

geb. am 24.04.1998 in Leipzig

Gutachter: Prof. Dr. Julian Schmitz
Gutachterin: M.Sc. Leonie Lidle

## Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht die Effekte eines neu entwickelten Workshops über psychische Erkrankungen im Nachwuchsleistungssport für Bezugspersonen von Nachwuchsleistungssportler:innen. Ziel des Workshops ist die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Nachwuchsleistungssport, die Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen und die Steigerung der Kompetenz im Umgang mit betroffenen Athlet:innen. N = 23 Personen bearbeiteten vor dem Workshop, direkt danach und vier Wochen später einen Fragebogen. Die Untersuchung ergab eine signifikante Verringerung der stigmatisierenden Einstellungen und eine signifikante Steigerung des Wissens über Depressionen und Angststörungen sowie der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen. Die Veränderungen blieben jeweils im Follow-Up stabil. Die gefundenen Ergebnisse sprechen dafür, dass der Workshop dazu beitragen kann, die Bezugspersonen über psychische Erkrankungen aufzuklären und ihren Umgang damit zu verbessern. Er sollte daher über die Evaluationsstudie hinaus angeboten werden. In Anbetracht einiger Limitationen sollte der Workshop zudem kontinuierlich weiterentwickelt und mit einer größeren Stichprobenzahl erneut evaluiert werden.

## Abstract

The present study evaluates a newly developed workshop about mental disorders in adolescent elite sports. The workshop was designed for people close to adolescent elite athletes. The aim of the workshop is to reduce the stigma surrounding mental disorders in elite athletes, to increase the knowledge of common mental disorders and to improve the confidence of key people in the sports environment to help athletes who are struggling. N = 23 people completed a survey before, right after and four weeks after the workshop. The results showed a decrease in stigmatisation, increased knowledge of depression and anxiety disorders and increased confidence to help someone who might have mental health issues. These changes remained stable over a period of four weeks. The results indicate that a brief workshop can help to reduce stigma around mental disorders in elite sports and to improve the confidence of people close to adolescent elite athletes. Therefore, the workshop can be used in the future to educate more key people in the elite sports environment. In the light of some limitations, it should be improved and re-evaluated with a bigger sample size.

**Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung ..... 6

2 Theoretischer Hintergrund ..... 8

2.1 Psychische Erkrankungen im Leistungssport ..... 8

2.1.1 Begriffsdefinition ..... 8

2.1.2 Jugendliche im Leistungssport ..... 9

2.1.3 Erwachsene im Leistungssport ..... 11

2.2 Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Leistungssport ..... 14

2.2.1 Definition und Differenzierung von Stigma ..... 15

2.2.2 Folgen von Stigmatisierung ..... 16

2.2.3 Stigmatisierung im Leistungssport ..... 16

2.3 Die Rolle des nahen Umfeldes ..... 18

2.3.1 Trainer:innen ..... 19

2.3.2 Eltern ..... 22

2.3.3 Lehrer:innen und Erzieher:innen ..... 24

2.4 Bestehende Interventionen zu psychischen Erkrankungen ..... 26

2.5 Zusammenfassung: Notwendigkeit eines neuen Angebots ..... 28

3 Fragestellungen und Hypothesen ..... 30

4 Methode ..... 34

4.1 Konzeption des Workshops ..... 34

4.2 Stichprobe ..... 35

4.3 Material und Messinstrumente ..... 36

4.4 Design ..... 39

4.5 Durchführung ..... 40

5 Ergebnisse ..... 41

5.1 Deskriptive Statistik ..... 41

5.2 Voranalysen ..... 42

5.3 Hauptanalyse ..... 42

5.3.1 Hypothesentestung: H1 ..... 42

5.3.2 Hypothesentestung: H2 ..... 45

5.3.3 Hypothesentestung: H3 ..... 47

5.4 Explorative Analyse der Zufriedenheit ..... 48

6 Diskussion ..... 50

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse ..... 50

6.2 Theoretische und praktische Implikationen ..... 52

6.3 Limitationen ..... 53

6.4 Fazit ..... 56

7 Literaturverzeichnis ..... 57

Anhänge ..... 69

## Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

**Tabelle 1.** Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen je Messzeitpunkt ..... 41
**Tabelle 2.** Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung ..... 43
**Tabelle 3.** Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen..... 46
**Tabelle 4.** Ergebnisse der einfachen linearen Regression ..... 47
**Tabelle 5.** Deskriptive Statistik der Antworten auf die Evaluationsitems..... 49

*Abbildung 1*. Mittelwertverlauf der stigmatisierenden Einstellungen über die Zeit ..... 43
*Abbildung 2*. Mittelwertverlauf des Wissens über Depressionen und Angststörungen ..... 44
*Abbildung 3*. Mittelwertverlauf der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen ..... 45

# 1 Einleitung

*“There was a part of my life I didn’t want to be alive.”* (Ramsay & Snell, 2018)

*"I couldn't get out of bed anymore, I felt hopeless, empty, like a zombie."* (Leonard, 2012)

Diese beiden Aussagen von weltberühmten Leistungssportler:innen zeigen, dass psychische Erkrankungen auch vor Spitzenathlet:innen keinen Halt machen. Das erste Zitat stammt von Michael Phelps, 23-facher olympischer Goldmedaillengewinner im Schwimmen. Die zweite Aussage tätigte Lindsey Vonn, welche als zweiterfolgreichste Skirennläuferin der Weltcupgeschichte gilt. Beide sprechen offen über ihre persönlichen Erfahrungen mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen. Diese galten lange Zeit als Tabuthema im Leistungssport. Bis heute werden Leistungssportler:innen idealisiert und es wird häufig noch immer von ihnen erwartet, dass sie „die Zähne zusammenbeißen“ und keine Schwäche zeigen (Schwenkenbecher, 2021). Mittlerweile bekennen sich jedoch immer mehr Athlet:innen zu psychischen Problemen und Erkrankungen. In Deutschland stellte der Suizid des Fußballtorwarts Robert Enke im Jahr 2009 einen Wendepunkt in der Debatte über psychische Erkrankungen im Leistungssport dar. Dieses tragische Ereignis hatte zur Folge, dass erstmals öffentlich thematisiert wurde, welchen psychischen Belastungen Leistungssportler:innen ausgesetzt sind.

Neben den öffentlichen Bekenntnissen einzelner Athlet:innen verdeutlicht der aktuelle Forschungsstand die Verteilung von psychischen Erkrankungen im Leistungssport. Es wird davon ausgegangen, dass Leistungssportler:innen ähnlich häufig an psychischen Störungen erkranken wie die Allgemeinbevölkerung (Rice et al., 2016). Die häufigsten Störungen sind dabei Depressionen und Angststörungen, genau wie in der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2016). Einige Störungsbilder treten im Leistungssport sogar deutlich häufiger auf, wobei besonders Essstörungen zu erwähnen sind (Torstveit et al., 2008). Hinzu kommen sportspezifische und subklinische Zustände wie beispielsweise das Übertrainingssyndrom (Claussen et al., 2022).

Eine besonders vulnerable Gruppe im leistungssportlichen Kontext bilden Nachwuchsleistungssportler:innen. Häufig wird bereits im Kindes- und Jugendalter der Grundstein für eine Karriere im Leistungssport gelegt, was mit vielen spezifischen Belastungsfaktoren einhergeht (Stambulova et al., 2015). Hinzu kommt, dass psychische Erkrankungen ihren Beginn häufig im Kindes- und Jugendalter haben (Kessler et al., 2007).

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren wird schnell klar, dass die psychotherapeutische Versorgung von Nachwuchsleistungssportler:innen besonders wichtig ist, um ihre psychische Gesundheit langfristig aufrechtzuerhalten und zu fördern. Eine tragende Rolle kommt dabei Personen aus deren Umfeld zu. Dazu gehören in der Regel vor allem Trainer:innen und Eltern. Durch die strukturelle Organisation des Nachwuchsleistungssports in Deutschland können zudem Lehrer:innen an speziellen Sportschulen sowie Erzieher:innen in den dazugehörigen Internaten Bezugspersonen für die Sportler:innen darstellen. Um Nachwuchsleistungs-sportler:innen sowohl präventiv als auch in akuten Krisensituationen besser unterstützen zu können, müssen diese Bezugspersonen mit einbezogen werden. Es ist wichtig, dass sie über ausreichend Wissen und Kompetenzen verfügen, um psychisch belastete Athlet:innen zu erkennen, zu unterstützen und gegebenenfalls an professionelle Angebote weiterzuleiten. Außerdem sind bei einigen dieser Personengruppen ebenfalls noch stigmatisierende Einstellungen bezüglich psychischen Erkrankungen im Leistungssport verankert (Windmann, 2020), weshalb es weiterer Aufklärung und Entstigmatisierung bedarf.

Es wurden bereits einige erste Programme entwickelt und evaluiert, welche unter anderem Trainer:innen und Eltern Wissen über psychische Erkrankungen vermitteln und deren Kompetenzen im Umgang mit betroffenen Nachwuchsleistungssportler:innen steigern sollen (Breslin et al., 2022). Bisherige Studien deuten darauf hin, dass diese Interventionen hilfreich sein können und Veränderungen erzielen. In Deutschland existiert zum aktuellen Zeitpunkt jedoch kein solches Angebot.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Evaluation eines neu konzipierten Workshops im Rahmen des LIFENET-Projekts der Universität Leipzig für Personen aus dem Umfeld von Nachwuchsleistungssportler:innen. Der Workshop soll zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen beitragen, Wissen über bestimmte Störungsbilder vermitteln und die Kompetenz im Umgang mit betroffenen Athlet:innen steigern. Dafür wird zunächst der Forschungsstand zu psychischen Erkrankungen im (Nachwuchs-) Leistungssport und deren Stigmatisierung sowie die Rolle der verschiedenen Bezugspersonen näher dargestellt. Anschließend wird auf Basis bestehender Interventionen die Notwendigkeit eines neuen Angebots analysiert. Den Hauptteil der Arbeit bildet die Untersuchung der Frage, ob im Anschluss an den Workshop bei den Teilnehmenden Veränderungen in den Einstellungen, im Wissen und in der wahrgenommenen Kompetenz messbar sind.

# 2 Theoretischer Hintergrund

## 2.1 Psychische Erkrankungen im Leistungssport

Die Anzahl der Publikationen zum Thema psychische Erkrankungen bei Leistungssportler:innen ist vor allem im deutschen Raum erst in den letzten 10 bis 15 Jahren deutlich angestiegen. Lange Zeit waren in der Sportpsychologie die Entwicklungs- bzw. Sozialisationshypothese und die Selektionshypothese vertreten. Die Entwicklungshypothese geht davon aus, dass das sportliche Umfeld einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit hat, die mentale Stärke der Athlet:innen fördert und gegen psychische Krisen abhärtet. Nach der Selektionshypothese hingegen schaffen es nur diejenigen erfolgreich im Leistungssport zu sein, die bereits von sich aus eine hohe Resilienz und mentale Stärke aufweisen (Hänsel et al., 2016; Hoyer & Kleinert, 2010). Beide Hypothesen fördern die Ansicht, dass im Leistungssport keine psychischen Erkrankungen auftreten können, weil Leistungssportler:innen mental stark und resilient sind. Obwohl für beide Hypothesen keine ausreichenden empirischen Beweise vorliegen, sind die daraus resultierenden Annahmen bis heute weit verbreitet. Das folgende Kapitel soll einen Überblick über den Forschungsstand zur Häufigkeit und Verteilung von psychischen Erkrankungen im Leistungssport geben.

### 2.1.1 Begriffsdefinition

Um psychische Erkrankungen im Leistungssport untersuchen zu können, muss zu Beginn der Begriff „Leistungssport“ definiert werden. In der Literatur wird häufig zwischen „Leistungssport“ und „Hochleistungs- bzw. Spitzensport“ differenziert. In der vorliegenden Arbeit wird der Begriff „Leistungssport“ jedoch im Sinne von Hochleistungssport verwendet, da die Definition das sportliche Niveau der untersuchten Gruppe am besten beschreibt. Zobel (1992) definiert Hochleistungssport als den „auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene betriebenen Wettkampfsport mit dem Ziel der absoluten Höchstleistung.“ Als weiteres Merkmal führt er an, dass der Sport einen wesentlichen Teil des Tagesablaufs bestimmt. Das Internationale Olympische Komitee definiert Leistungssportler:innen als solche, die professionell und auf olympischem oder Collegeniveau ihren Sport ausüben (Reardon et al., 2019). Im Sinne dieser Definitionen kann „Nachwuchsleistungssport“ als die „langfristige sportartspezifische Vorbereitung auf den Hochleistungssport“ verstanden werden (Carl, 1992). Der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) teilt diese Definition:

*„Die übergreifende Zielstellung im deutschen Nachwuchsleistungssport besteht darin, internationale sportliche Erfolge im Hochleistungsalter systematisch vorzubereiten […].“* (Nachwuchsleistungssportkonzept, DOSB, 2020)

Voraussetzung für den Leistungssport ist neben ausreichender körperlicher und kognitiver Reife auch das Vorhandensein von Siegeswillen und anhaltender Motivation zum Wettbewerb (Claussen et al., 2022). Deshalb kann laut den Autor:innen erst im Jugendalter tatsächlich von Leistungssport gesprochen werden, obwohl der Einstieg in den Sport häufig bereits im Kindesalter erfolgt. Diese Definition wird für die vorliegende Arbeit übernommen, weshalb im Folgenden ausschließlich von Jugendlichen im Leistungssport gesprochen wird. Zudem wird aufgrund mangelnder Forschungsergebnisse im Jugendbereich ebenfalls die psychische Gesundheit von Erwachsenen im Leistungssport beleuchtet und verglichen.

### 2.1.2 Jugendliche im Leistungssport

Obwohl die Zahl der Veröffentlichungen zu psychischen Erkrankungen im Leistungssport in den letzten 10 Jahren deutlich gestiegen ist, lassen sich im Jugendbereich nach wie vor sehr wenige Studien finden. Vor allem Studien, die jugendliche Leistungssportler:innen mit Jugendlichen, die keinen Leistungssport betreiben, vergleichen, gibt es kaum. Ein Beispiel ist die deutsche Studie von Brand et al. (2013). Sie befragten 12- bis 15-jährige Leistungssportler:innen an Eliteschulen des Sports. Dabei unterschieden sie zwischen aktiven Leistungssportler:innen und aus dem Kader ausgesonderten Leistungssportler:innen. Als Vergleichsgruppe dienten gleichaltrigen Schüler:innen von regulären Schulen. Zum einen zeigte sich, dass Leistungssportler:innen mehr somatoforme Symptome berichten als Nicht-Leistungssportler:innen. Außerdem gaben weibliche, ausgesonderte Leistungssportlerinnen mehr Depressivität, Ängstlichkeit und einen höheren Gebrauch ärztlich verschriebener Substanzen an. Männliche, ausgesonderte Leistungssportler gaben einen höheren Alkohol- und Nikotinkonsum an.

Einige wenige Untersuchungen gibt es zu Vergleichen innerhalb des Leistungssports zwischen Jugendlichen und Erwachsenen. In einer ebenfalls deutschen Studie berichteten junge Leistungssportler:innen unter 18 Jahren häufiger ein beeinträchtigtes Wohlbefinden als ältere Leistungssportler:innen aus der Stichprobe (Belz et al., 2018). Ein beeinträchtigtes Wohlbefinden wurde von den Autor:innen als ein höheres Risiko für Depressionen interpretiert. Weitere Untersuchungen wurden im Nachwuchsbereich des Fußballs durchgeführt. Jensen et al. (2018) fanden bei dänischen und schwedischen männlichen U19-Spielern häufiger

Symptome von Depressionen, Wettkampfangst und Sozialer Phobie als bei älteren Spielern der ersten Liga. Ähnliche Ergebnisse berichten Junge und Feddermann-Demont (2016). In ihrer schweizerischen Stichprobe wiesen männliche U21-Fußballspieler eine höhere Prävalenz für Depressionen auf als die Allgemeinbevölkerung. Die erwachsenen Spieler:innen der ersten Liga hatten hingegen eine ähnliche Prävalenz wie die Allgemeinbevölkerung. Eine sportartenübergreifende Untersuchung (Nixdorf et al., 2013) zeigte zumindest deskriptiv ebenfalls eine höhere Prävalenz für Depressionen bei jugendlichen Athlet:innen unter 17 Jahren (20 %) im Vergleich zu erwachsenen Athlet:innen (15 %).

Es wird deutlich, dass die Zahl der Studien mit Athlet:innen unter 18 Jahren sehr begrenzt ist. Deshalb soll im Folgenden kurz auf Ergebnisse eingegangen werden, die das junge Erwachsenenalter abdecken. Zu Leistungssportler:innen ab 18 Jahren existieren vor allem Forschungsergebnisse aus den USA. Dort wird häufig im Rahmen des Colleges Leistungssport betrieben. Das Alter beim Eintritt in das College beträgt in der Regel 18 Jahre. Storch et al. (2005) untersuchten verschiedene psychopathologische Symptome bei College-Athlet:innen und verglichen diese mit Peers, die nicht auf professioneller Ebene Sport betrieben. Dabei berichteten weibliche Athletinnen mehr depressive Symptome und soziale Angst als ihre männlichen Sportler-Kollegen und auch als männliche und weibliche Nicht-Sportler:innen. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass weibliche Sportlerinnen besonders gefährdet sind. Auch Yang et al. (2007) führten eine Studie mit College-Athlet:innen durch. Sie fanden für weibliche Sportlerinnen und für Sportler:innen, die im ersten College-Jahr waren, ein erhöhtes Risiko, depressive Symptome zu entwickeln.

*Risikofaktoren im Nachwuchsleistungssport*

Auch wenn die Studienlage noch nicht ausreichend ist, deuten einige Ergebnisse darauf hin, dass Nachwuchsleistungssportler:innen einem besonderen Risiko für psychische Belastung und Stress ausgesetzt sind (Jensen et al., 2018; Junge & Feddermann-Demont, 2016; Nixdorf et al., 2013). In Anbetracht der vielen verschiedenen Anforderungen, die mit einer „Dual Career“, also einer sportlichen Karriere parallel zur schulischen Ausbildung, einhergehen, ist dies wenig überraschend. Christensen und Sørensen (2009) befragten dazu 25 dänische Nachwuchsfußballspieler zwischen 15 und 19 Jahren. Als größte Belastung berichteten diese den Druck, sportlichen und schulischen Anforderungen gerecht zu werden. Schule sei für die jungen Fußballer ein notwendiges Übel oder die zweite, zeiteinnehmende Priorität nach dem Sport. Je nach verfügbarer Unterstützung und strukturellen Gegebenheiten berichten die

Fußballer unter anderem von schlechteren Noten und damit schlechteren Bildungsaussichten, einem hohen Stresslevel, einem Gefühl von Zwiespältigkeit, verfrühtem Schulabbruch und mentalen Zusammenbrüchen als mögliche Folgen. Weiterhin geht eine sportliche Karriere während der Schulausbildung nicht selten mit einem Umzug in ein Internat einher, um beide Bereiche besser vereinen zu können. Daraus resultiert neben der frühen Entwurzelung aus dem Elternhaus, dass die Leistungssportler:innen bereits im jungen Alter viel Eigenverantwortung tragen und Aspekte wie Finanzen und Haushalt zu einem gewissen Grad selbst organisieren müssen (Stambulova et al., 2015). Außerdem kann ein Umfeld weit weg von zu Hause, in dem gleichaltrige Bezugspersonen ebenfalls als Konkurrent:innen wahrgenommen werden, das Gefühl von Isolation fördern (DGPPN, 2013). Weitere negative Folgen der Doppelbelastung können emotionale Ermüdung, Verletzungen, weniger Zeit für Freizeitaktivitäten, nicht ausreichend Erholung und weniger Möglichkeiten zur individuellen Entfaltung sein (Emrich et al., 2009). Insgesamt müssen Jugendliche im Leistungssport somit neben den alterstypischen Entwicklungsaufgaben mit weitere Belastungsfaktoren umgehen.

Zusammenfassend verdeutlichen die angeführten Forschungsergebnisse den dringenden Handlungsbedarf im Nachwuchsleistungssport. Auf junge Leistungssportler:innen wirken viele Belastungsfaktoren und einige Forschungsergebnisse sprechen für ein erhöhtes Risiko bei Nachwuchsathlet:innen, an psychischen Störungen zu erkranken. Hinzu kommt, dass viele psychische Störungen ihren Beginn meist in der Adoleszenz haben (Solmi et al., 2022) mit der Gefahr der Chronifizierung oder des Rückfalls, je länger die Störung unbehandelt bleibt (Wittchen & Jacobi, 2012). Die begrenzte Datenlage soll im Folgenden mit Forschungsergebnissen zu psychischen Erkrankungen von Erwachsenen im Leistungssport ergänzt werden. Dies ermöglicht zum einen, auf einzelne Störungsbilder genauer einzugehen. Zum anderen liefern Ergebnisse und Prävalenzen aus dem Erwachsenenbereich einen Anhaltspunkt für die Verteilung von psychischen Störungen im Jugendbereich.

### 2.1.3 Erwachsene im Leistungssport

Im Vergleich zu der Datenlage von psychischen Erkrankungen im Jugendbereich wurde im Erwachsenenbereich des Leistungssports in den letzten Jahren deutlich mehr geforscht. Mittlerweile konnten Studien vermehrt belegen, dass Leistungssportler:innen im Allgemeinen keinesfalls seltener von psychischen Erkrankungen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung (Rice et al., 2016; Storch et al., 2005). In der australischen Studie von Gulliver et al. (2015) wurden 224 Sportler:innen zu verschiedenen psychischen Symptomen

befragt. Insgesamt wiesen 46,4 % der Befragten klinisch relevante Symptome auf. Im Einzelnen litten 27,2 % unter einer depressiven Symptomatik, 22,8 % gaben Symptomen einer Essstörung an und 26,3 % berichteten von Ängsten in den Bereichen der Sozialen Angststörung, der Generalisierten Angststörung und der Panikstörung. Die erhobenen Zahlen übersteigen die in der Allgemeinbevölkerung gefundenen Prävalenzen. Nachfolgend sollen einige Studienergebnisse zu ausgewählten Störungsbildern dargestellt werden, um die Studienlage genauer zu verdeutlichen. Der Fokus liegt dabei auf Depressionen und Angststörungen, da diese sowohl im Leistungssport (Rice et al., 2016) als auch in der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2016) hohe Prävalenzen aufweisen und Essstörungen, da diese besonders im Leistungssport eine große Rolle spielen (Markser & Bär, 2019).

*Depressionen*

In Deutschland erkranken pro Jahr 8,2 % der erwachsenen Bevölkerung an einer unipolaren Depression (Jacobi et al., 2016), womit sie eine der häufigsten psychischen Erkrankung darstellt. Es ist demnach nicht unwahrscheinlich, dass auch Leistungssportler:innen von Depressionen betroffen sind. Sportartenübergreifend zeigt sich in Deutschland eine Prävalenz von 15% bei Leistungssportler:innen (Nixdorf et al., 2013). In Studien mit Profi-Fußballer:innen wiesen 7,6 % bis 16,7 % depressive Symptome auf (Jensen et al., 2018; Junge & Feddermann-Demont, 2016). Wie auch in der Allgemeinbevölkerung finden sich im Leistungssport geschlechtsspezifische Unterschiede. Weibliche Athlet:innen berichten demnach häufiger depressive Symptome als ihre männlichen Kollegen (Gorczynski et al., 2017; Schaal et al., 2011). Die angeführten Ergebnisse müssen dahingehend kritisch betrachtet werden, dass häufig mit selbstberichteten Angaben gearbeitet und keine klinischen Diagnosekriterien genutzt wurden. Insgesamt lässt sich mit hoher Sicherheit sagen, dass Leistungssportler:innen mindestens genauso häufig von Depressionen betroffen sind, wie die allgemeine Bevölkerung (Nixdorf et al., 2020).

Im Zusammenhang mit Depressionen im Leistungssport muss außerdem das Übertrainingssyndrom berücksichtigt und abgegrenzt werden. Dabei handelt es sich um einen Zustand chronischer Überlastung mit Symptomen wie Erschöpfung, verzögerter Erholung und nachlassender Leistungsfähigkeit bei gleichbleibendem oder erhöhtem Trainingspensum (Markser & Bär, 2019). Bestehen die Beschwerden trotz einer längeren Regenerationsphase von zwei bis drei Wochen und liegen keine organischen Ursachen vor, handelt es sich wahrscheinlich um ein Übertrainingssyndrom (Claussen et al., 2022). Weitere mögliche

Symptome sind Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Unruhe, Interessensverlust sowie Störungen des Antriebs und Appetits. Somit überschneiden sich die Symptome des Übertrainingssyndroms teilweise mit denen einer Depression. Eine diagnostische Differenzierung zwischen Übertrainingssyndrom und Depressionen ist wichtig, weil sich die Indikation zur Behandlung zwischen den beiden Zuständen unterscheidet. Wie häufig das Übertrainingssyndrom im Leistungssport vorkommt, ist nicht eindeutig belegt. Schätzungen gehen mittlerweile davon aus, dass durchschnittlich jede:r Leistungssportler:in mindestens einmal in der Karriere den Zustand des Übertrainings erlebt (Markser & Bär, 2019).

*Angststörungen*

Angststörungen stellen eine weitere Gruppe an Störungsbildern dar, die in der Gesellschaft weit verbreitet sind. In Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz bei 15,4 % (Jacobi et al., 2016). Leistungssportler:innen leiden vor allem unter Sozialer Phobie, Generalisierter Angststörung und der Panikstörung (Gulliver et al., 2015). In einer Studie von Schaal et al. (2011) war die Generalisierte Angststörung sogar die häufigste psychische Störung bei Leistungssportler:innen, mit 6 % jedoch nicht häufiger als in der Normalbevölkerung. Am häufigsten berichteten Athlet:innen aus ästhetischen Sportarten von generalisierter Angst. Neben den klassifizierten Angststörungen leiden Leistungssportler:innen häufig unter Ängsten bezüglich Wettkämpfen und Verletzungen. Ob diese Ängste klinisch auffällig sind, hängt davon ab, wie stark die Leistungsbeeinträchtigung und der Leidensdruck sind. Zur Quantifizierung der Wettkampfangst existiert zudem ein Fragebogen (Brand et al., 2009).

*Essstörungen*

Der aktuelle Forschungsstand deutet darauf hin, dass Leistungssportler:innen ein höheres Risiko haben, an einer Essstörung zu erkranken als die Allgemeinbevölkerung. Bereits vor fast 20 Jahren fanden Sundgot-Borgen und Torstveit (2004) mit 13,5 % eine deutlich erhöhte Prävalenz bei Leistungsportler:innen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, in der die Prävalenz bei 4,6 % lag. Sie fanden außerdem ein höheres Risiko für weibliche Athletinnen. Männliche Leistungssportler hatten jedoch ein höheres Risiko als Männer, die keinen professionellen Sport betrieben. Besonders häufig treten Essstörungen in ästhetischen Sportarten (42 %), Sportarten mit Gewichtsklassen (30 %) und Ausdauersportarten (24 %) auf (Torstveit et al., 2008). Außerdem sind Sportler:innen in den Antigraviationssportarten wie Skispringen, Klettern und Hochsprung häufig betroffen. In der Studie von Rosendahl et al.

(2009) wiesen 42 % der befragten männlichen Athleten ein gestörtes Essverhalten auf. Neuere Studien sprechen für Prävalenzen von 17 % in ästhetischen Sportarten und 3 % in Ballsportarten (Thiemann et al., 2015). Im Vergleich dazu liegt die 12-Monats-Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung bei 0,9 % (Jacobi et al., 2016).

Oftmals erfüllen Betroffene im Leistungssport nicht alle Kriterien einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa, obwohl sie ein gestörtes Essverhalten aufweisen (Markser & Bär, 2019). Daher wurden subklinischen, sportspezifische Essstörungen formuliert. Dazu zählen die Anorexia athletica, das Athletinnen-Trias und die Sport-Bulimie (Markser & Bär, 2019). Hintergrund des gestörten Essverhaltens ist dabei nicht primär die Sorge vor dem Dicksein, sondern vor allem die Leistungssteigerung, weshalb es häufig zu wettkampfbezogenen Gewichtsschwankungen kommt (Sundgot-Borgen, 1994). Die Übergänge zu einer ausgeprägten Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa sind fließend, was eine Schätzung der Prävalenzen erschwert.

Die dargestellte Studienlage zeigt, dass psychische Erkrankungen bei erwachsenen Leistungssportler:innen besser erforscht sind als im Nachwuchsleistungssport. In Anbetracht der Tatsache, dass Jugendliche im Leistungssport neben den sportlichen Herausforderungen tendenziell mehr Belastungsfaktoren ausgesetzt sind als Erwachsene (siehe Abschnitt *Risikofaktoren*) ist zu vermuten, dass die Prävalenzen mindestens genauso hoch sind wie bei erwachsenen Leistungssportler:innen. Vereinzelte Studien deuten sogar auf höhere Prävalenzen bei Nachwuchsleistungssportler:innen hin (Belz et al., 2018; Jensen et al., 2018; Junge & Feddermann-Demont, 2016). Dies verdeutlicht, dass dringend Angebote geschaffen werden müssen, um die vulnerable Gruppe der Nachwuchsleistungssportler:innen über psychische Erkrankungen aufzuklären und sie zu unterstützen. Im folgenden Kapitel wird darauf eingegangen, welche Hürden dabei bestehen.

## 2.2 Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Leistungssport

Obwohl die empirische Datenlage zu psychischen Belastungen von Leistungssportler:innen stetig größer wird und deren hohe Belastung somit zunehmend anerkannt wird, haben betroffene Athlet:innen nach wie vor mit Stigmatisierung zu kämpfen. Einige Spitzensportler:innen wie Michael Phelps, Lindsey Vonn und Serena Williams sprechen bereits öffentlich über ihre psychischen Probleme. Trotzdem trauen sich viele Athlet:innen nach wie vor nicht, sich zu öffnen und Hilfe zu suchen (Doherty et al., 2016). Stigmatisierung gilt als

einer der entscheidendsten Faktoren dabei, wie Leistungssportler:innen mit psychischen Problemen umgehen (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012). An dieser Stelle soll Stigmatisierung zunächst definiert werden. Im Anschluss soll dargestellt werden, welche Folgen Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen, insbesondere für betroffene Leistungssportler:innen haben kann.

### 2.2.1 Definition und Differenzierung von Stigma

Die Begriffe „Stigma“ und „Stigmatisierung“ werden häufig synonym verwendet. Die vorliegende Arbeit orientiert sich hinsichtlich der Definition und Konzeptualisierung an Aydin und Fritsch (2015). Sie beschreiben Stigma als ein Merkmal, welches von der Gesellschaft als normabweichend angesehen wird. Daraus folgen negative Einstellungen gegenüber Personen mit dem betreffenden Merkmal. Sie werden nicht mehr als vollständige Mitglieder der Gesellschaft anerkannt und strukturell benachteiligt. Stigmata können sich auf sichtbare Merkmale wie die Hautfarbe oder die ethnische Herkunft und auf nichtsichtbare Merkmale wie die sexuelle Orientierung oder nicht-erkennbare körperliche Erkrankungen beziehen. Psychische Erkrankungen sind in der Regel nicht auf den ersten Blick zu erkennen, weshalb sie in die letztere Kategorie gezählt werden. Der Prozess der Stigmatisierung kann außerdem in öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung unterteilt werden (Rüsch et al., 2004). Im Kontext der psychischen Erkrankungen bedeutet öffentliches Stigma die geteilte Wahrnehmung der Gesellschaft, dass psychisch kranke Menschen sozial nicht akzeptiert werden bzw. unerwünscht sind. Dazu zählen beispielsweise die Annahmen, psychisch kranke Menschen seien gefährlich, unberechenbar, inkompetent und selbst für ihre Krankheit verantwortlich. Außerdem besteht gegenüber psychisch kranken Menschen häufig ein Wunsch nach sozialer Distanz und sie rufen negative Emotionen wie Ärger oder Unsicherheit hervor (Aydin & Fritsch, 2015). Gleichzeitig können mangelndes Wissen über psychische Erkrankungen und wenig Kontakt mit Betroffenen zu mehr Stigmatisierung führen (Wallner, 2020). Betroffene kennen diese Vorurteile in der Regel und internalisieren sie, was wiederum zu einem verringerten Selbstwert führt (Vogel et al., 2013). Bei diesem Prozess handelt es sich um Selbststigmatisierung. Selbststigmatisierung kann somit als eine Folge der öffentlichen Stigmatisierung gesehen werden. 2011 gaben in Deutschland 68 % an, eine Person, die an Depressionen erkrankt ist, nicht als Nachbarn haben zu wollen (Angermeyer et al., 2013). Dieses und weitere Ergebnisse zeigen, dass Stigmatisierung psychisch kranker Menschen in unserer Gesellschaft nach wie vor verbreitet ist (Schomerus & Angermeyer, 2017).

### 2.2.2 Folgen von Stigmatisierung

Stigmatisierung und die damit verbundenen Vorurteile bedeuten eine zusätzliche Belastung für Betroffene von psychischen Erkrankungen, welche bereits die primären Symptome der Erkrankung bewältigen müssen. Es kommt somit zu einer doppelten Belastung (Corrigan & Bink, 2016). Auf der einen Seite hat öffentliche Stigmatisierung Auswirkungen auf die Lebensumstände der betroffenen Personen. Sie haben beispielsweise schlechtere Chancen auf dem Arbeits- und Wohnungsmarkt und ihnen wird keine Verantwortung zugetraut (Rüsch et al., 2005). Außerdem besteht gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen häufig ein Wunsch nach sozialer Distanz. Infolgedessen verkleinert sich das soziale Netzwerk von Betroffenen und sie erhalten weniger soziale Unterstützung (Livingston & Boyd, 2010).

Auf der anderen Seite kann Stigmatisierung den Umgang der Betroffenen mit ihrer Erkrankung beeinflussen. Clement et al. (2015) fassen zusammen, dass Angst vor Stigmatisierung einer der häufigsten Gründe ist, warum Menschen mit psychischen Erkrankungen keine Behandlung aufsuchen. Oftmals besteht die Angst vor der Etikettierung als „psychisch krank“ und den damit verbundenen negativen Konsequenzen in der Gesellschaft. Aber auch wenn professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird, hat Selbststigmatisierung einen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf. Aydin und Fritsch (2015) führen unter anderem weniger Offenheit gegenüber der Therapie, unregelmäßiges Einhalten der vereinbarten Termine und frühzeitige Therapieabbrüche als negative Folgen auf. Zudem verhindert bzw. erschwert Selbststigmatisierung den Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Öffentliche Stigmatisierung und Selbststigmatisierung haben somit weitreichende Konsequenzen auf die Lebensqualität der Betroffenen und müssen zusätzlich zu der Erkrankung an sich getragen werden.

### 2.2.3 Stigmatisierung im Leistungssport

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen spielt im Leistungssport eine entscheidende Rolle. In einer Studie von Kaier et al. (2015) gaben College-Athlet:innen bezüglich psychischer Erkrankungen eine signifikant höhere wahrgenommene öffentliche Stigmatisierung und eine höhere Selbststigmatisierung an als eine Vergleichsgruppe von Nicht-Athlet:innen. Eine Untersuchung von Lebrun et al. (2018) stützt diese Ergebnisse. Die Autor:innen führten semi-strukturierte Interviews mit vier (ehemaligen) Leistungssportler:innen, die selbst an Depressionen erkrankt waren. Alle berichteten übereinstimmend von dem bestehenden Stigma

rund um psychische Erkrankungen. Aus Angst davor, nicht in das Team zu kommen oder vor der Reaktion des Umfelds hätten sie nicht über ihre Erkrankung geredet. Die Angaben der Sportler:innen verdeutlichen weiterhin das Bild des bzw. der „mental starken Athlet:in“, welches noch immer vorherrscht. Leistungssportler:innen wird von der Gesellschaft eine gewisse mentale Stärke bzw. Robustheit zugeschrieben und es wird erwartet, dass sie keine Schwäche zeigen. Psychische Erkrankungen werden jedoch als Schwäche ausgelegt, weshalb viele betroffene Sportler:innen sie verstecken und sich dafür schämen (Gucciardi et al., 2017). Bis vor einigen Jahren bestand die Annahme, dass mentale Stärke gleichzeitig psychische Gesundheit bedeute. Mentale Stärke beschreibt im Allgemeinen die Fähigkeit, besonders zielstrebig, fokussiert, selbstbewusst und kontrolliert die Anforderungen von Training und Wettkämpfen zu erfüllen, auch unter Druck (Claussen et al., 2022). Somit kann mentale Stärke als wichtige Charaktereigenschaft von erfolgreichen Sportler:innen gesehen werden. Psychische Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation wie folgt definiert:

> *„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“* (Psychische Gesundheit – Faktenblatt, Weltgesundheitsorganisation, 2019)

Aus diesen beiden Definitionen wird deutlich, dass Leistungssportler:innen einerseits Höchstleistungen erbringen können, weil sie über mentale Stärke verfügen. Mentale Stärke ist jedoch kein Garant für psychische Gesundheit. Vielmehr kann mentale Stärke dabei helfen, trotz psychischer Belastung weiterhin leistungsfähig zu sein. (Claussen et al., 2022). Die beiden Konstrukte sind demnach nicht gleichzusetzen. Vielmehr sollten psychische Erkrankungen nicht mit mentaler Schwäche gleichgestellt werden, denn diese Annahme führt zu Scham und Selbststigmatisierung bei betroffenen Leistungssportler:innen (Gucciardi et al., 2017)

Bei der Betrachtung von Stigmatisierung im Leistungssport müssen außerdem Geschlechtsunterschiede berücksichtigt werden. So geben beispielsweise männliche Athleten eine weniger positive Einstellung in Bezug auf sportpsychologische Beratung an als weibliche Athletinnen (Martin et al., 2004) sowie eine höhere Selbststigmatisierung (Eisenberg et al., 2009). Delenardo und Terrion (2014) befragten in ihrer Studie männliche Footballspieler in Kanada zu ihren Einstellungen bezüglich psychischen Erkrankungen. Dabei zeigte sich, dass psychische Erkrankungen von der Mehrheit der Befragten mit Schwäche assoziiert werden. Außerdem wurden psychische Probleme als Bedrohung für den eigenen Status innerhalb des Teams und die Beziehung mit dem Trainer gesehen. Besonders in männerdominierten

Sportarten, in denen von den Sportlern erwartet wird, dass sie sich „zusammenreißen“, müssen psychische Erkrankungen demzufolge noch stärker entstigmatisiert werden.

Entstigmatisierung ist vor allem wichtig, da Stigmatisierung, wie bereits beschrieben, Einfluss auf das Hilfesuche-Verhalten von Betroffenen hat. Gulliver, Griffiths und Christensen (2012) führten in ihrer Studie Gruppendiskussionen mit Athlet:innen zwischen 16 und 23 Jahren durch. Die Ergebnisse legen nahe, dass Stigmatisierung die wichtigste Hürde ist, warum junge Leistungssportler:innen sich keine Hilfe bei psychischen Problemen suchen. Watson (2005) fanden in ihrer Studie bei College-Athlet:innen weniger positive Einstellungen gegenüber professioneller psychologischer Beratung im Vergleich zu Nicht-Athlet:innen.

Zusammenfassend belegen die angeführten Studienergebnisse, dass die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft nach wie vor präsent ist und mit verschiedenen negativen Folgen für die betroffenen Personen einhergeht. Leistungssportler:innen sind davon keineswegs ausgenommen. Vielmehr begünstigt das Bild des bzw. der „mental starken Athlet:in“ öffentliche Stigmatisierung sowie den Prozess der Selbststigmatisierung. Dies ist im Selbstbild vieler Athlet:innen tief verwurzelt zusammen mit der Angst vor negativen Auswirkungen auf die Karriere, wenn sie über psychische Erkrankungen sprechen. Dass in diesem Bereich dringender Handlungsbedarf besteht, erkennen zunehmend große sportliche Organisationen an. So fordert das Internationale Olympische Komitee in einer Konsenserklärung im Jahr 2019 unter anderem die Entwicklung von Strategien, mit denen die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Spitzensport wirksam überwunden werden kann. Athlet:innen sollen dadurch lernen, dass die für den sportlichen Erfolg erforderliche "mentale Stärke" mit der Inanspruchnahme psychologischer Hilfe vereinbar ist (Reardon et al., 2019).

## 2.3 Die Rolle des nahen Umfeldes

In den vorherigen Kapiteln wurden die spezifischen Belastungen und das bestehende Stigma aufgezeigt, mit denen junge Leistungssportler:innen umgehen müssen. Da im Jugendalter bestimmte Fähigkeiten wie Selbstregulation und Stressmanagement noch in der Entwicklung sind (Schneider & Lindenberger, 2018), spielt das soziale Umfeld eine entscheidende Rolle für die psychische Gesundheit und das Wohlergehen der Sportler:innen. Neben den Eltern stellen dabei die Trainer:innen wichtige Bezugspersonen dar, da sie meist täglich engen Kontakt mit den Sportler:innen haben. Zudem besuchen viele Nachwuchsleistungssportler:innen in Deutschland sogenannte Eliteschulen des Sports, welche wie folgt definiert sind:

> *„Eine Eliteschule des Sports ist eine Fördereinrichtung, die im kooperativen Verbund von Leistungssport, Schule und Wohnen Bedingungen gewährleistet, damit talentierte Nachwuchsathleten sich auf künftige Spitzenleistungen im Sport bei Wahrung ihrer schulischen Bildungschancen vorbereiten können.“* (Bundeskonferenz der Eliteschulen des Sports, Leipzig, 2002)

Den Lehrer:innen an diesen Schulen und den Erzieher:innen der dazugehörigen Internate ist die hohe Belastung der Sportler:innen meistens bekannt und sie tragen ebenfalls eine Verantwortung bei der Unterstützung ihrer Schutzbefohlenen. Im folgenden Kapitel sollen die Rollen und Verantwortungen der einzelnen Personengruppen genauer beleuchtet und mit Forschungsergebnissen untermauert werden.

### 2.3.1 Trainer:innen

Die Wichtigkeit der Beziehung zu den eigenen Trainer:innen für den Erfolg und die Zufriedenheit der Sportler:innen ist schon seit geraumer Zeit bekannt und wurde bereits viel beforscht (Jowett & Cockerill, 2003). Weniger Beachtung erhielt lange Zeit hingehen der Einfluss, den Trainer:innen auf die psychische Gesundheit ihrer Athlet:innen haben können. In den letzten Jahren wurde der Bedeutung von Trainer:innen in Bezug auf psychische Gesundheit zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt (Bissett et al., 2020). Dabei ist die Unterscheidung zwischen Breiten- und Leistungssport jedoch nicht immer trennscharf.

Generell erkennen Trainer:innen zunehmend selbst an, dass sie potentiell eine wichtige Quelle für Rat und Unterstützung bei psychischen Problemen sind (Mazzer & Rickwood, 2015a). In einer Studie von Murphy und Sullivan (2021) stimmten 70 % der befragten Trainer:innen der Aussage zu, dass es zu ihren Aufgaben gehöre, die psychische Gesundheit ihrer Athlet:innen zu fördern. Außerdem werden Trainer:innen auch von Sportler:innen als potentiell geeignete Ansprechpartner:innen geschätzt (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012), weshalb ihr Fokus nicht länger ausschließlich auf den Leistungen und dem körperlichen Zustand der Athlet:innen liegen darf. Das psychische Wohlbefinden muss ebenfalls berücksichtigt werden. Befragungen mit Trainer:innen zeigen, dass sich viele, jedoch nicht alle, dessen bewusst sind. Ferguson et al. (2019) befragten 20 Trainer:innen und erhielten gemischte Antworten, inwieweit das Thema psychische Gesundheit zu den Traineraufgaben gehöre. Einige Trainer:innen gaben an, lediglich für die Erkennung und Information an Dritte (z.B. Eltern) zuständig zu sein. Andere gaben hingegen an, eine proaktive Rolle einnehmen zu wollen, indem sie Betroffene ansprechen und gegebenenfalls an professionelle Hilfsangebote

weiterleiten würden. Außerdem beschrieben einige der Befragten, generell ein Klima schaffen zu wollen, in dem über psychische Probleme geredet werden könne. Andere hingegen sprechen das Thema ungern an, da es mit Stigma behaftet sei und sie Angst vor den Reaktionen der Athlet:innen haben. Des Weiteren zeigte die Befragung, dass die Trainer:innen meist nicht über ausreichend Wissen bezüglich psychischer Erkrankungen verfügen und eine große Unsicherheit darüber herrscht, wie sie belastete Sportler:innen erkennen und ansprechen können. In diesen Bereichen wünschten sich die befragten Trainer:innen mehr Förderung. Auch andere Studien berichten mangelndes Wissen von Trainer:innen zu psychischen Erkrankungen und wie mit Betroffenen umgegangen werden kann (Bissett et al., 2020). Diese Wissenslücken beeinflussen zudem indirekt über die wahrgenommene Kompetenz das intendierte Hilfeverhalten der Trainer:innen (Duffy et al., 2021). Jedoch zeigte die Studie auch, dass mehr Wissen allein nicht ausreicht, um auf Verhaltensebene Veränderungen zu bewirken. Weitere Faktoren, die das intendierte und tatsächliche Hilfeverhalten beeinflussen, müssen noch identifiziert werden.

Das narrative Review von Bissett et al. (2020) fasst verschiedene Verhaltensweisen zusammen, wie Trainer:innen zur Prävention von psychischen Erkrankungen bei Athlet:innen beitragen können. Dabei werden drei Stufen unterteilt, in denen Trainer:innen wirken können. Als erstes haben sie die Aufgabe, ein Klima zu schaffen, welches Sportler:innen erlaubt und bestärkt, über ihre psychische Probleme zu sprechen. Trainer:innen sollten selbst offen über das Thema sprechen und eine unvoreingenommene Einstellung kommunizieren, um Stigmata und Ängste bei den Sportler:innen abzubauen. Als zweites sollten Trainer:innen Veränderungen an ihren Sportler:innen erkennen und ansprechen, wenn notwendig. In dem Fall müssen sie sich auch bewusst sein, bis wohin ihre Verantwortung reicht und welche professionellen Angebote es gibt, an die Athlet:innen verwiesen werden können. Zu guter Letzt sei es die Aufgabe von Trainer:innen, betroffene Sportler:innen auf ihrem Weg der Besserung weiter zu unterstützen, indem gegebenenfalls die Trainingsintensität und die Art des Trainings angepasst wird. Im Umgang mit Betroffenen sollten außerdem stets deren Grenzen respektiert werden.

Bei den angeführten Forschungsergebnissen ist zu berücksichtigen, wie die Stichproben zusammengesetzt sind. Die Organisation von Sportvereinen unterscheidet sich vor allem im Nachwuchsleistungssport mitunter stark zwischen den Ländern und die Übergänge zwischen Freizeitsport und Sport auf professioneller Ebene sind oft fließend. Viele der bisher befragten Trainer:innen sind in lokalen Vereinen tätig, wo der Fokus häufig nicht auf großen Erfolgen der Sportler:innen liegt. Natürlich tragen diese Trainer:innen ebenfalls Verantwortung und können eine wertvolle Ressource für junge Menschen darstellen. In der vorliegenden Arbeit

geht es aber gezielt um junge Leistungssportler:innen und die Belastungen, die mit einer leistungssportlichen Karriere einhergehen. Diese spezifischen Belastungsfaktoren fordern von Trainer:innen, die im Nachwuchsleistungssport tätig sind, deutlich mehr Aufmerksamkeit und Beschäftigung mit dem Thema. Die Forschungslage zu dieser spezifischen Gruppe von Trainer:innen ist jedoch deutlich eingeschränkt. Ein Beispiel ist die Befragung von Lebrun et al. (2020). Diese gibt interessante Einblicke in die Erfahrung von Trainer:innen, die im Rahmen des professionellen Nachwuchsleistungssport mit psychisch erkrankten Athlet:innen Kontakt hatten. Die Angaben der elf befragten Trainer:innen vermitteln den Eindruck, dass sie viele der von Bissett et al. (2020) vorgeschlagenen Verhaltensweisen bereits umsetzen. Trotzdem berichten sie ebenfalls von großen Unsicherheiten bezüglich ihres Wissens über psychische Erkrankungen, wie sie Betroffene erkennen und ansprechen können und von Rollenkonflikten.

Die dargestellten Forschungsergebnisse vermitteln den Eindruck, dass viele Trainer:innen mittlerweile offen mit dem Thema psychische Erkrankungen umgehen und sich damit beschäftigen wollen. Ob dies tatsächlich die Realität widerspiegelt, muss jedoch kritisch hinterfragt werden. Die angeführten Studien basieren auf freiwilliger Teilnahme. Es ist daher davon auszugehen, dass die teilnehmenden Trainer:innen besonders interessiert an dem Thema waren. Andere Befragungen zeigen, dass viele Trainer:innen immer noch die Meinung vertreten, Leistungssportler:innen müssten „die Zähne zusammenbeißen“ und Schmerzen ignorieren, um erfolgreich zu sein (Thiel, 2014). Vor allem junge Athlet:innen wollen die Anforderungen des oder der Trainer:in stets erfüllen und nicht als „schwach“ wahrgenommen werden (Claussen et al., 2022). Die Beziehung zwischen Trainer:innen und Athlet:innen ist somit von einer gewissen Abhängigkeit und einem Machtgefälle geprägt. Die Psychologin Marion Sulprizio, Geschäftsführerin der Initiative „MentalGestärkt“, sagte in einem Interview:

> *„Denn niemand kann dauerhaft Leistung erbringen, wenn er seelisch nicht gesund ist, er seine Persönlichkeit nicht entfalten kann. Leider ist das noch in vielen Trainerköpfen nicht verankert. Sie handeln nach der Devise: Nur die Harten kommen in den Garten, nur wer das hier aushält, der ist hier richtig und bringt Leistung.[…] Und häufig in den sogenannten kompositorischen Sportarten wie Eiskunstlauf, Turnen, rhythmische Sportgymnastik.“* (Windmann, 2020)

Zusammenfassend zeigt der aktuelle Forschungsstand, dass es einerseits Trainer:innen gibt, denen bewusst ist, dass sie neben der physischen Gesundheit auch Verantwortung für das psychische Wohlergehen ihrer jungen Athlet:innen tragen. Andererseits sind bei vielen Trainer:innen auch noch veraltete Annahmen und Trainingsmethoden verankert. Die

Studienlage verdeutlicht weiterhin, dass bei Trainer:innen ein großer Mangel an Wissen und Handlungskompetenz bei der Prävention von und dem Umgang mit psychischen Belastungen bei Nachwuchsleistungssportler:innen besteht. Die Bereitschaft, dies zu ändern, scheint bei einigen von ihnen bereits gegeben zu sein. Somit besteht aktuell ein hoher Bedarf an Interventionsangeboten für Trainer:innen von Nachwuchsleistungssportler:innen.

### 2.3.2 Eltern

Auch unabhängig vom leistungssportlichen Kontext spielen Eltern eine entscheidende Rolle, wenn es um psychische Belastungen bei ihren Kindern geht. Sie werden als eine der wichtigsten Ansprechpartner:innen wahrgenommen, sind mit hoher Wahrscheinlichkeit diejenigen, die psychische Belastungen bei ihren Kindern bemerken und können dabei helfen, professionelle Unterstützung zu suchen (Jorm & Wright, 2007; Mendenhall & Frauenholtz, 2015; Rickwood et al., 2007). Eltern sollten demzufolge über ausreichend Wissen und Fähigkeiten verfügen, um ihre Kinder wirksam zu unterstützen, wenn diese von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Forschungsergebnisse sprechen jedoch dafür, dass es Eltern an eben diesem Wissen fehlt und Unsicherheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen besteht (Frauenholtz et al., 2015; Pescosolido et al., 2008). Eltern geben beispielsweise wenig Wissen und wenig Vertrauen in ihre Fähigkeit an, mit ihren Kindern über psychische Erkrankungen zu sprechen, zeigen sich jedoch offen dafür, mehr Aufklärung zu erhalten (Hurley et al., 2017).

*Eltern im Leistungssport*

Für Jugendliche im Leistungssport spielt die elterliche Unterstützung eine noch größere Rolle. Der allgemeine Einfluss von Eltern auf das sportliche Engagement und den Erfolg ihrer Kinder wird bereits seit den 80er Jahren intensiv beforscht (Côté, 1999; Hellstedt, 1987). Eltern sind primär diejenigen, durch die Kinder mit dem Sport in Kontakt kommen und eine sportliche Karriere beginnen. Dabei investieren Eltern oft viel Zeit, Geld und eigene emotionale Ressourcen in die sportlichen Aktivitäten ihrer Kinder (Wuerth et al., 2004). Des Weiteren können sie beispielsweise ein Vorbild für angemessenes Verhalten im Sport sein (Knight et al., 2017). In der Gesellschaft werden Sporteltern häufig als überengagiert angesehen oder ihnen wird nachgesagt, dass sie ihre eigenen unerfüllten Träume durch ihre Kinder leben würden (Knight et al., 2017). Hellstedt (1987) beschreibt die elterliche Beteiligung im Sport auf einem Kontinuum, welches von zu wenig Beteiligung über moderate Beteiligung bis hin zu

übermäßiger Beteiligung reicht. Demnach kann sowohl zu viel als auch zu wenig Engagement der Eltern negative Auswirkungen haben.

Ausgehend davon hat die Forschung bis heute gezeigt, dass elterliches Engagement von Kindern zum einen als Unterstützung wahrgenommen wird, sie zum anderen aber auch unter Druck setzen kann (Dorsch et al., 2016). Angemessenes und förderliches elterliches Verhalten beinhaltet beispielsweise emotionale Unterstützung, Lob, konstruktives Feedback, Anerkennung von Bemühungen und bedingungslose Liebe (Knight et al., 2011; Wuerth et al., 2004). Diese Verhaltensweisen führen bei den Kindern unter anderem zu mehr Freude am Sport, einer höheren wahrgenommenen sportlichen Kompetenz, mehr Selbstvertrauen und einem länger anhaltenden Interesse am Sport (Knight et al., 2011; Sánchez-Miguel et al., 2013; Teques et al., 2019). Dem gegenüber stehen verschiedene negative, unangemessene Verhaltensweisen von Sporteltern. Dazu zählt ein übertriebener Fokus darauf zu gewinnen, unrealistische Erwartungen der Eltern sowie harte Kritik an der Leistung ihrer Kinder. Diese sind wiederum mit maladaptiven Outcomes assoziiert wie weniger Freude am Sport, geringerer intrinsischer Motivation, Wettkampfangst und weniger wahrgenommener Kompetenz (Dorsch et al., 2016; Gould et al., 2006; Knight et al., 2017; Sánchez-Miguel et al., 2013). Insgesamt gibt es konsistente Befunde darüber, welche Verhaltensweisen aus der Sicht der Kinder generell als unterstützend wahrgenommen werden und welche sie unter Druck setzen.

Angesichts der starken Auswirkungen des elterlichen Verhaltens äußern viele Eltern bereits selbstständig den Wunsch nach Unterstützung und Weiterbildungsangeboten (Dorsch et al., 2017). In einer weiteren Studie befragten Dorsch et al. (2019) Eltern, Trainer:innen und sportliche Administrator:innen zu deren Meinung über Bildungsangebote für Sporteltern. Die befragten Eltern machten unter anderem Angaben zu den gewünschten Inhalten solcher Programme, dem präferierten zeitlichen Umfang und der Art der Präsentation. Es zeigte sich, dass Eltern Informationen zu „optimalen Verhaltensweisen“ wünschen und Angebote auf die bereits vollen Terminkalender abgestimmt werden müssen. Zudem sollten solche Programme am besten von einer unabhängigen Partei mit wissenschaftlichem Hintergrund, beispielsweise einem Sportpsychologen bzw. einer Sportpsychologin durchgeführt werden.

Für Eltern von Nachwuchsleistungssportler:innen existieren bereits einige Angebote (Burke et al., 2021). Diese beziehen sich jedoch hauptsächlich darauf, wie gesundes elterliches Engagement im Leistungssport aussieht, wie Eltern ihre Kinder optimal unterstützen können und wie Stressoren für Kind und Eltern reduziert werden können. Spezifische Angebote für

Eltern von Leistungssportler:innen zum Thema psychische Gesundheit und Erkrankungen konnten hingegen nicht gefunden werden.

Die dargestellten Forschungsergebnisse zeigen, dass die Rolle von Eltern einerseits im Kontext von psychischen Erkrankungen ihrer Kinder und andererseits im leistungssportlichen Kontext untersucht wird. Keine Forschungsergebnisse gibt es bisher jedoch dazu, wie Eltern speziell mit psychischen Belastungen und Erkrankungen ihrer Kinder im Leistungssport umgehen können. In Zukunft bedarf es der empirischen Verbindung dieser beiden Themen.

### 2.3.3 Lehrer:innen und Erzieher:innen

Kinder und Jugendliche verbringen sehr viel Zeit in der Schule und dort findet ein großer Teil ihres Alltags statt. Deshalb wird der Institution Schule mittlerweile eine hohe Bedeutung bei der Förderung der psychischen Gesundheit und der Prävention von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen beigemessen (Fazel et al., 2014). Eine zunehmend tragende Rolle wird dabei den Lehrkräften zugeschrieben. Von ihnen wird erwartet, dass sie psychische Probleme bei Schüler:innen erkennen, Ansprechpartner:innen sind und gegebenenfalls an Hilfsangebote verweisen können (Graham et al., 2011; Shelemy et al., 2019).

Systematische Befragungen mit Lehrkräften zeigen, dass ihnen selbst diese Verantwortung bewusst ist. In einer Onlineumfrage von Andrews et al. (2014) stimmte die Mehrheit der befragten Lehrkräfte zu, dass es Teil ihrer Rolle sei, Schüler:innen mit psychischen Problemen zu unterstützen. Mazzer und Rickwood (2015b) führten Interviews mit Lehrkräften und konnten ebenfalls zeigen, dass diese die Unterstützung von psychisch belasteten Schüler:innen als ihre Aufgabe sehen. Gleichzeitig gaben die Befragten in beiden Studien an, dass ihnen Wissen und Fähigkeiten fehlen, um dieser Aufgabe adäquat nachzukommen. In einer aktuellen Studie untersuchten Dimitropoulos et al. (2022) unter anderem, welche Barrieren bei der Unterstützung psychisch belasteter Schüler:innen bestehen. Dabei wurde als erstes ebenfalls genannt, dass es Lehrkräften an Training und Ressourcen für den Umgang mit psychischen Problemen der Schüler:innen fehle. Infolgedessen fühlten sich die Lehrkräfte oft schlecht vorbereitet und überfordert, wenn ein Schüler oder eine Schülerin psychische Belastungen aufwies. Obwohl die Anforderungen an Lehrkräfte in Bezug auf Prävention und Erkennung von psychischen Belastungen bei Schüler:innen stetig zunehmen, werden die Lehrkräfte nach wie vor nicht ausreichend darauf vorbereitet (Coppens et al., 2014).

Wie für Eltern existieren für Lehrkräfte ebenfalls bereits Programme, um deren Wissen und Kompetenzen im Umgang mit psychisch erkrankten Schüler:innen zu fördern. Yamaguchi

et al. (2020) untersuchten 16 solcher Programme. Obwohl die Mehrheit der Studien positive Effekte auf das Wissen, die Einstellungen und das Verhalten der teilnehmenden Lehrkräfte berichtete, ist die Qualität der Ergebnisse insgesamt kritisch zu betrachten. Die Autor:innen schlussfolgerten, dass mehr qualitativ hochwertige Wirksamkeitsstudien für Lehrkräfte-Interventionen zum Thema psychische Erkrankungen nötig seien.

*Eliteschulen des Sports*

In Deutschland werden junge Leistungssportler:innen besonders an Eliteschulen des Sports gefördert. Aufgabe dieser Schulen ist es, für die Sportler:innen Bedingungen zu schaffen, unter denen sie sowohl Spitzenleistungen im Sport bringen als auch schulische Bildung optimal wahrnehmen können (Radtke & Coalter, 2007). Eliteschulen des Sports sind jeweils an Olympiastützpunkte gebunden und umfassen mindestens ein Internat zur Unterbringung der Nachwuchsathlet:innen. Aktuell gibt es in Deutschland 43 Standorte von Eliteschulen des Sports, einer davon in Leipzig mit einem Gymnasium, einer Oberschule und zwei Internaten (Creutzburg & Scheid, 2014).

Die Lehrer:innen an diesen Schulen sind Teil des Verbundsystems der jungen Sportler:innen und erleben häufig mit, unter welchem Druck diese stehen. Im Spannungsfeld zwischen sportlicher Leistung und schulischer Bildung sind sie diejenigen, die Anstrengung und Leistung im schulischen Bereich erwarten. Damit stehen sie im Vergleich zu Lehrkräften an regulären Schulen vor einer besonderen Herausforderung, wenn es um die Förderung der psychischen Gesundheit ihrer Schüler:innen geht. Angebote, die diese Herausforderungen berücksichtigen und die Lehrkräfte dabei unterstützen, lassen sich jedoch nicht finden.

*Sportinternate*

Der Besuch einer Sportschule geht nicht selten mit einer Unterbringung in einem Internat einher. Sportinternate sind dabei in der Regel Teil eines Verbundsystems, zu dem ebenfalls die Schule und die Sportverbände gehören. In Deutschland erfolgt die Betreuung der Internatsschüler:innen durch Erzieher:innen und Pädagog:innen. Neben der sportlichen und schulischen Förderung fungiert das Personal ebenfalls als Ansprechpartner:in im privaten Alltag der Jugendlichen. Dies zeigt beispielhaft ein Auszug aus der Konzeption des Internates des Sächsischen Landesgymnasiums für Sport Leipzig:

> *„Durch das geschulte Betreuerteam, zusammengesetzt aus Erzieherinnen und Erziehern sowie Heil- und Sozialpädagoginnen und -pädagogen, werden unsere Bewohnerinnen und Bewohner bei der Bewältigung ihres schulischen, sportlichen und privaten Alltages unterstützt. […] Dabei begegnen wir unseren Bewohnerinnen und Bewohnern in ihrer individuellen Besonderheit und unterbreiten entsprechende Angebote zur Unterstützung sowie zur Ausgestaltung des Alltages."* (Konzeption des Internates des Landesgymnasiums für Sport Leipzig, Januar 2022, S. 5)

Somit tragen diese Erzieher:innen und Pädagog:innen ebenfalls eine gewisse Verantwortung, wenn es um die psychische Gesundheit der Jugendlichen geht. Sie begleiten die Sportler:innen durch den Alltag und können beispielsweise Veränderungen und Probleme bemerken. Zum jetzigen Zeitpunkt konnte keine wissenschaftliche Studie gefunden werden, welche die Rolle von pädagogischem Personal an Internaten im Kontext von psychischen Erkrankungen untersucht hat. In Anbetracht des engen Kontakts ist diese Zielgruppe jedoch nicht zu vernachlässigen, wenn es um die Förderung der psychischen Gesundheit von Nachwuchsleistungssportler:innen geht.

## 2.4 Bestehende Interventionen zu psychischen Erkrankungen

Das vorherige Kapitel konnte aufzeigen, dass bei den verschiedenen Personengruppen aus dem Umfeld von Nachwuchsleistungssportler:innen der Bedarf an Wissens- und Kompetenzförderung im Umgang mit psychischen Belastungen und Erkrankungen bei Athlet:innen besteht. Für einige der Personengruppen wurden ebenfalls kurz bereits vorhandene Interventions-Ansätze zur Förderung der psychischen Gesundheit im Allgemeinen aufgeführt. Dieses Kapitel soll nun darlegen, welche Angebote im Kontext von psychischer Gesundheit im (Leistungs-) Sport bestehen und mögliche Versorgungslücken aufzeigen.

Eine der ersten Interventions-Ansätze stammt von Bapat et al. (2009). Ihr Training „Read the Play" zu psychischer Gesundheit im Jugendsport umfasste acht Stunden aufgeteilt auf drei Abende. An der Studie zur Evaluation des Programms nahmen insgesamt 40 Personen von verschiedenen Jugendvereinen für Fußball und Netball teil, darunter Sportler:innen, Eltern und Trainer:innen. Das Training beinhaltete unter anderem Informationen zu Depressionen, Angststörungen, Psychosen, Substanzgebrauchsstörungen und Essstörungen. Es wurden Symptome und Folgen dieser Störungen thematisiert, mögliche Risikofaktoren aufgezeigt sowie Anlaufstellen und Hilfsangebote präsentiert. Zur Vermittlung der Inhalte wurden neben

Vorträgen auch Gruppendiskussionen, Brainstorming und Fallbeispiele genutzt. Die Evaluation des Programms ergab eine signifikante Verbesserung des Wissens über psychische Erkrankungen, eine signifikante Steigerung der Selbstsicherheit, jemanden mit einer psychischen Erkrankung zu helfen und eine signifikant positivere Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Eine gute Übersicht über diesen und weitere vorhandene Interventionsansätze in Bezug auf psychische Gesundheit im (Leistungs-) Sport bietet das Review von Breslin et al. (2022). Es umfasst 28 Artikel zu Interventionen, welche Sportler:innen, Trainer:innen, Funktionären des Sports und Eltern für psychische Gesundheit und Wohlbefinden im Sport sensibilisieren sollen. Die meisten der eingeschlossenen sportspezifischen Interventionen sind für Sportler:innen selbst und fünf für Trainer:innen. Insgesamt belegt das Review den Nutzen von vorhandenen Interventionen, zeigt aber gleichzeitig auf, dass Raum für Verbesserung besteht.

Die wohl wichtigste Studie für die vorliegende Arbeit ist die von Sebbens et al. (2016). Ziel ihrer Intervention war es, das Wissen über psychische Gesundheit und das Hilfeverhalten von Trainer:innen und anderen unterstützenden Personen (z.B. Ernährungsberater:innen, Physiotherapeut:innen) von Leistungssportler:innen zu verbessern. Am sogenannten „Mental Health in Sports Workshop“ nahmen im Rahmen der Evaluationsstudie insgesamt 166 Personen teil. Der Workshop umfasste vier Stunden und beinhaltete unter anderem Anzeichen und Symptome von psychischen Störungen, wie man ein Gespräch mit jemanden führt, der psychisch belastet wirkt und welche professionellen Anlaufstellen es gibt. Die theoretischen Aspekte des Workshops wurden durch Videos, Gruppendiskussionen, Fallbeispiele und Rollenspiele ergänzt. Die Ergebnisse der quasi-experimentellen Untersuchung sprechen dafür, dass die Teilnehmenden ihr Wissen über die Anzeichen und Symptome von häufigen psychischen Erkrankungen verbesserten. Außerdem wurden sie selbstsicherer darin, jemandem zu helfen, der möglicherweise psychisch belastet ist. Die Autor:innen konnten somit zeigen, dass bereits eine kurze Intervention dazu beitragen kann, das Wissen über psychische Erkrankungen und die Selbstsicherheit im Umgang mit Betroffenen bei Trainer:innen zu verbessern.

Ähnliche Ergebnisse liefern andere Studien, die Breslin et al. (2022) in ihrem Review eingeschlossen haben, darunter einen eigenen Interventionsansatz (Breslin et al., 2017). Bei ihrem „Mood Matters in Sport Programme“ handelt es sich um einen dreistündigen Workshop für Trainer:innen. Zu den Inhalten gehörten die Definition des Begriffs "psychische Gesundheit" und das Aufzeigen von Anzeichen und Symptomen psychischer Erkrankungen

sowie von Behandlungsmöglichkeiten, Selbsthilfestrategien und Unterstützungsangeboten. Neben der theoretischen Vermittlung wurden ebenfalls interaktive Diskussionen und Videos von Betroffenen genutzt. Auch in dieser Studie ergab sich nach dem Workshop eine Verbesserung des Wissens über psychische Erkrankungen sowie im intendierten Hilfeverhalten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe.

Insgesamt deutet die aktuelle Studienlage darauf hin, dass bereits einige Ansätze bestehen, um im sportlichen Umfeld über psychische Erkrankungen aufzuklären. Einige dieser Interventionen konnten in verschiedenen Bereichen Verbesserungen erzielen. Trotzdem wird dabei zu wenig zwischen Breiten- und Leistungssport unterschieden und die spezifischen Belastungen von Nachwuchsleistungssportler:innen werden häufig außer Acht gelassen. Im deutschsprachigen Raum lässt sich zudem keine vergleichbare Intervention finden.

## 2.5 Zusammenfassung: Notwendigkeit eines neuen Angebots

Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass dringender Handlungsbedarf besteht, wenn es um die psychische Gesundheit von Nachwuchsleistungssportler:innen geht. Erwachsene Leistungssportler:innen sind genauso häufig von psychischen Erkrankungen betroffen, wie die Allgemeinbevölkerung (Rice et al., 2016) und auch im Jugendbereich deuten einzelne Studien auf mindestens vergleichbare Prävalenzen hin (Jensen et al., 2018). Unter Berücksichtigung der vielen Entwicklungsaufgaben in dem Alter (Göppel, 2005), der zusätzlichen Belastungsfaktoren im Leistungssports (Richartz et al., 2009) und der Tatsache, dass die meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter beginnen (Solmi et al., 2022), sind die Prävalenzen im Nachwuchsleistungssport sehr wahrscheinlich sogar höher.

Trotz zunehmender Forschung sind psychische Erkrankungen im Leistungssport nach wie vor stigmatisiert (Lebrun et al., 2018) und in der Gesellschaft besteht bis heute das Bild des bzw. der „mental starken Sportler:in“ (Gucciardi et al., 2017). Dies ist einer der häufigsten Gründe, warum betroffene Athlet:innen sich keine Hilfe suchen (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012). Um diesem Stigma entgegenzuwirken und junge Leistungssportler:innen bei psychischer Belastung zu unterstützen, bedarf es der Einbeziehung des sozialen Umfelds. Trainer:innen und Eltern werden dabei von den Athlet:innen als wichtige Bezugspersonen wahrgenommen (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012; Rickwood et al., 2007). Zudem spielen vor allem an Eliteschulen des Sports die Lehrer:innen und Erzieher:innen eine wichtige Rolle. Einige Studien konnten zeigen, dass sich diese Personengruppen mehr Aufklärung und Unterstützung wünschen (Bissett et al., 2020; Hurley et al., 2017; Mazzer & Rickwood, 2015b).

Einzelne Interventionen, welche Wissen und Kompetenzen bestimmter Personengruppen aus dem Umfeld von Leistungssportler:innen fördern, konnten gute Ergebnisse erzielen (Breslin et al., 2022). So konnten bereits kurze Interventionen das Wissen über psychische Erkrankungen und die Selbstsicherheit im Umgang mit Betroffenen bei Trainer:innen signifikant steigern (Sebbens et al., 2016). Trotzdem besteht nach wie vor eine große Versorgungslücke, vor allem im deutschsprachigen Raum. Die fehlende Trennschärfe zwischen Breiten- und Leistungssport berücksichtigt zudem nicht die besonderen Stressoren, die durch den Leistungssport entstehen. Ziel der vorliegenden Studie ist es, einen ersten Beitrag zur Schließung dieser Versorgungslücke zu leisten. Dazu wurde ein Workshop übergreifend für alle Personengruppen aus dem nahen Umfeld von jungen Leistungssportler:innen entwickelt. Ziel dieses Workshops ist die Aufklärung über und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Leistungssport sowie die Kompetenzförderung im Umgang mit psychisch belasteten Nachwuchsleistungssportler:innen.

# 3 Fragestellungen und Hypothesen

Die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit basieren auf dem aktuellen Forschungsstand zum Thema psychische Gesundheit im Nachwuchsleistungssport und bestehenden Interventionsansätzen zu deren Förderung. Diese Fragestellungen und die daraus abgeleiteten Hypothesen werden nun dargelegt. Ziel der vorliegenden Studie ist die Untersuchung der Frage, welche Effekte ein neu konzipierter Workshop über die psychische Gesundheit im Nachwuchsleistungssport für Personen aus dem Umfeld von Nachwuchsleistungssportler:innen hat. Dazu wird untersucht, ob und in welchem Ausmaß es nach dem Workshop zu Veränderungen des Wissens, stigmatisierender Einstellungen und wahrgenommener Kompetenzen bezüglich des Umgangs mit psychischen Erkrankungen kommt. Zum einen werden die Veränderungen unmittelbar nach dem Workshop, also kurzfristig, evaluiert. Zum anderen soll überprüft werden, ob diese Veränderungen nach dem Workshop bestehen bleiben.

Als eine Kontrollvariable wird zusätzlich die bisherige Konfrontation mit dem Thema psychische Erkrankungen untersucht. Wallner (2020) fasst zusammen, dass die Kontakthypothese auch auf psychische Erkrankungen zutrifft. Die Kontakthypothese geht davon aus, dass Menschen, die mit Betroffenen in direkten Kontakt treten, ihnen gegenüber weniger Ablehnung entwickeln. Die Studie soll deshalb überprüfen, welchen Einfluss die subjektiv eingeschätzte bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen auf stigmatisierende Einstellungen und Wissen diesbezüglich hat. Da auf Verhaltensebene direkte Veränderungen bei den Teilnehmenden nicht messbar sind, wird stattdessen die subjektive Einschätzung ihrer Selbstsicherheit im Umgang mit Betroffenen herangezogen. Neben den hypothesengeleiteten Fragestellungen wird eine explorative Analyse der Akzeptanz und Zufriedenheit mit dem Workshop durchgeführt. Es ergeben sich folgende Fragestellungen:

**Fragestellung 1**: Wie verändern sich bestimmte Variablen bezüglich der psychischen Gesundheit im Nachwuchsleistungssport bei den teilnehmenden Bezugspersonen kurz- und längerfristig nach dem Workshop?

**Fragestellung 2**: Welchen Einfluss hat die bisherige Konfrontation der teilnehmenden Bezugspersonen mit dem Thema der psychischen Erkrankungen auf bestimmte Variablen vor und nach dem Workshop?

**Fragestellung 3**: Wie schätzen die teilnehmenden Bezugspersonen den Workshop ein und wie zufrieden sind sie damit?

Von den Fragestellungen 1 und 2 werden im Folgenden Hypothesen abgeleitet. Für die dritte Fragestellung werden keine Hypothesen aufgestellt, da diese Fragestellung explorativ untersucht wird. Der aktuelle Forschungsstand zeigt, dass Personen aus dem Umfeld von Nachwuchsleistungssportler:innen wie Trainer:innen und Eltern sich unter anderem mehr Informationen über psychische Erkrankungen wünschen sowie unsicher im Umgang mit Betroffenen sind (Hurley et al., 2017; Lebrun et al., 2020). Außerdem sind psychische Erkrankungen im Leistungssport nach wie vor mit Stigma besetzt (Lebrun et al., 2018). Deshalb werden in der vorliegenden Studie die Effekte des Workshops auf die drei abhängigen Variablen *stigmatisierende Einstellungen*, *Wissen über psychische Erkrankungen* und *Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen* untersucht.

Im Workshop werden allgemeine Informationen über psychische Erkrankungen gegeben sowie Erfahrungsberichte von Betroffenen gezeigt. Ausgehend davon, dass mangelndes Wissen und wenig direkter Kontakt zu stigmatisierenden Einstellungen führen können (Wallner, 2020) wird deshalb eine Abnahme der stigmabezogenen Einstellungen nach dem Workshop erwartet. Weiterhin werden aufgrund der hohen Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen im Leistungssport (Rice et al., 2016) sowie in der Allgemeinbevölkerung (Jacobi et al., 2016) diese beiden Störungsbilder gezielt im Workshop thematisiert. Infolgedessen wird eine Steigerung des Wissens über die Symptome und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen und Angststörungen nach dem Workshop erwartet.

Der Workshop beinhaltet neben theoretischem Wissen konkrete Hilfestellungen zum Umgang mit psychisch belasteten Sportler:innen, welche in einem Rollenspiel geübt werden. Diese sind ein effektives Mittel zur Kompetenzförderung, die vielfältig eingesetzt werden (Powner & Allendoerfer, 2008). Sebbens et al. (2016) nutzen in ihrem Workshop ebenfalls Rollenspiele zur Förderung der Selbstsicherheit. Es wird somit angenommen, dass die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen nach dem Workshop ansteigt.

Außerdem konnten Sebbens et al. (2016) in ihrer Studie zeigen, dass die Effekte auf das Wissen über psychische Erkrankungen und auf das Selbstbewusstsein im Umgang mit psychisch belasteten Sportler:innen auch vier Wochen nach der Intervention noch messbar waren. Es wird daher angenommen, dass die Effekte in der vorliegenden Studie ebenfalls nach einem Zeitraum von vier Wochen noch bestehen. Ausgehend davon wird folgende Hypothese aufgestellt und differenziert:

**H1:** Vom Prä-Messzeitpunkt (T1) zum Post-Messzeitpunkt (T2) zeigen sich statistisch signifikante Veränderungen in den drei abhängigen Variablen. Diese Veränderungen bleiben konstant, sodass zwischen Post-Messzeitpunkt und Follow-Up (T3) keine signifikanten Veränderungen mehr erwartet werden. Konkreter zeigt sich von T1 zu T2 bzw. von T1 zu T3, jedoch nicht von T2 zu T3, eine statistisch signifikante…

**a.** Abnahme der stigmatisierenden Einstellungen.
**b.** Zunahme des Wissens über Depressionen und Angststörungen.
**c.** Zunahme der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen.

Zur Beantwortung der zweiten Fragestellung werden weitere Hypothesen bezüglich der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen, beispielsweise weil man selbst oder das Umfeld betroffen war, aufgestellt. Wie häufig eine Person bereits mit psychischen Erkrankungen konfrontiert war, kann einen Einfluss auf ihr Wissen, ihre Einstellungen und ihr Verhalten bezüglich des Themas haben. Corrigan und Nieweglowski (2019) untersuchten in ihrer Studie beispielsweise den Zusammenhang zwischen der Vertrautheit, also wie viel Kontakt jemand bereits mit psychisch Erkrankten hatte, und der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Sie fanden heraus, dass eine höhere Vertrautheit zu weniger Stigmatisierung führt. Außerdem führen psychische Erkrankungen im Umfeld häufig dazu, dass Personen sich näher mit dem Thema befassen und sich informieren. Somit sollte die bisherige Konfrontation auch einen Einfluss auf das Wissen über psychische Erkrankungen haben. Infolgedessen sollte es daher Unterschiede im Ausgangsniveau der abhängigen Variablen bei den Teilnehmenden, in Abhängigkeit ihrer bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen geben. Es ergibt sich folgende Hypothese:

**H2:** Die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation beeinflusst die abhängigen Variablen vor dem Workshop, also deren Ausgangsniveau. Konkreter führt eine höhere bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen zu…

**a.** weniger stigmatisierenden Einstellungen zu T1.
**b.** mehr Wissen über Depressionen und Angststörungen zu T1.
**c.** mehr Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen zu T1.

Aufgrund der unterschiedlichen Vorerfahrungen mit psychischen Erkrankungen der Teilnehmenden wird weiterhin davon ausgegangen, dass das Ausmaß der Veränderung auf Einstellungs-, Wissens- und Verhaltensebene nicht gleich groß ist. Es besteht die Annahme, dass Personen, die bereits häufig mit psychischen Erkrankungen konfrontiert waren und somit höhere Ausgangsniveaus in den drei Variablen aufweisen weniger Veränderung nach dem Workshop erzielen. Es wird die Veränderung von T1 zu T2 betrachtet, da hier die größten Veränderungen erwartet werden. Daraus ergibt sich folgende Hypothese:

**H3**: Die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation beeinflusst die Veränderung der abhängigen Variablen von T1 zu T2. Konkreter führt eine höhere bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen zu einer …

- **a.** geringeren Abnahme der stigmatisierenden Einstellungen von T1 zu T2.
- **b.** geringeren Zunahme des Wissens über Depressionen und Angststörungen von T1 zu T2.
- **c.** geringeren Zunahme der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen von T1 zu T2.

# 4 Methode

## 4.1 Konzeption des Workshops

Der Workshop wurde im Rahmen des LIFENET-Projekts der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig entwickelt. Dabei steht LIFENET für „Leipziger Initiative zur Förderung des Elite-Nachwuchses, deren Eltern und Trainer:innen“. Der Schwerpunkt des Projekts liegt auf der Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit von Nachwuchsleistungssportler:innen. Der Workshop bildet das erste Angebot für das Umfeld dieser Nachwuchsleistungssportler:innen.

Zur Konzeption des Workshops sammelten die Projektmitarbeiterinnen zunächst Ideen für mögliche Inhalte und Ziele des Workshops. Anschließend wurde eine intensive Literaturrecherche zu bereits bestehenden Interventionen durchgeführt. Dabei wurden sowohl Interventionen zum Thema „Psychische Erkrankungen“ für breitere Zielgruppen, z.B. „Verrückt? Na und!“ von Irrsinnig Menschlich (Richter-Werling, 2022), als auch Interventionen spezifisch für den Leistungssport berücksichtigt. Besonders die Intervention von Sebbens et al. (2016) überzeugte mit ihrer theoretischen Fundierung und signifikanten Ergebnissen, weshalb sie im Folgenden als ein Vorbild diente.

Um die Inhalte des Workshops zusätzlich auf die Wünsche und Bedürfnisse der potenziellen Teilnehmenden abzustimmen, wurden im Vorfeld verschiedene Personengruppen befragt. Die Trainer:innen einer Frauen-Fußballmannschaft der 2. Bundesliga konnten offene Angaben dazu machen, welche Inhalte sie sich bei einem Workshop zum Thema „Psychische Gesundheit und Belastungen im Nachwuchsleistungssport“ wünschen würden. Weiterhin befragt wurde die Lehrer:innen des Sächsischen Landesgymnasiums für Sport Leipzig und der Sportoberschule Leipzig sowie die Erzieher:innen der beiden Sportinternate Leipzigs. Sie konnten mittels eines Online-Fragebogens ihre Präferenzen bezüglich eines Workshops zur psychischen Gesundheit im Nachwuchsleistungssport angeben.

Die Antworten und Anregungen von den befragten Personen wurden anschließend ausgewertet und mit den Inhalten bestehender Interventionen sowie den Vorstellungen der Mitarbeiterinnen des LIFENET-Projekts verglichen. Es wurden folgende Ziele für den Workshop festgelegt:

1. Offen über psychische Erkrankungen sprechen und so zur Entstigmatisierung bei den Teilnehmenden beitragen
2. Den Teilnehmenden Wissen über Symptome von psychischen Erkrankungen und bestimmten Störungsbildern vermitteln
3. Die Handlungskompetenzen und Selbstsicherheit der Teilnehmenden im Umgang mit psychisch belasteten Sportler:innen stärken.

Um methodisch den interaktiven und praktischen Aspekten eines Workshops gerecht zu werden, enthält der Workshop neben vorgetragenen Abschnitten mit Fakten zur Wissensvermittlung ebenso Videos von Betroffenen, Fallbeispiele und ein Rollenspiel. Außerdem lässt er viel Raum für Austausch zwischen den Teilnehmenden. Die Dauer des Workshops wurde auf zwei Stunden begrenzt. Eine längere Dauer könnte eine zu große Hürde für die potenziellen Teilnehmenden darstellen, die oftmals wenig Zeit zur Verfügung haben. Der finale Aufbau des Workshops gliedert sich in folgende Themenbereiche:

1. Einführung in das Thema und Erfahrungsaustausch der Teilnehmenden
2. Theoretischer Hintergrund zu psychischen Störungen und bestimmten Störungsbildern
3. Spezifische Belastungen und Ressourcen von Nachwuchsleistungssportler:innen
4. Frühwarnsignale bei psychisch belasteten Nachwuchsleistungssportler:innen
5. Hilfestellungen zum Umgang mit belasteten Nachwuchsleistungssportler:innen
6. Anlaufstellen und Hilfsangebote in Leipzig und im Internet

## 4.2 Stichprobe

Von September bis November 2022 nahmen 56 Personen an dem Workshop teil. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte durch die Mitarbeiterinnen des LIFENET-Projekts. Dafür wurde bereits im Vorfeld Netzwerkarbeit mit Funktionären des Nachwuchsleistungssports in Leipzig betrieben und über das Projekt informiert. Anfang September wurden anschließend verschiedene Vertreter:innen beispielsweise des Sportgymnasiums Leipzig, der Sportoberschule Leipzig und des Olympiastützpunktes Sachsen, welche im Vorfeld Interesse an dem Projekt bekundet hatten, über den Start der Workshops informiert. Ziel war es, dass diese Vertreter:innen die Informationen an die entsprechenden Personen der Zielgruppe weiterleiten, sodass interessierte Personen sich schließlich für den gewünschten Workshop-Termin anmelden konnten. Im Laufe der Datenerhebung wurden außerdem Sportvereine wie RB Leipzig und der SC DHfK kontaktiert, um für den Workshop

zu werben. Dafür standen unter anderem Flyer zur Verfügung, die alle wichtigen Informationen enthielten. Interessierte Personen konnten sich außerdem ausführlicher auf der Website des LIFENET-Projekts der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig über das Projekt informieren. Dort wurden der Ablauf des Workshops sowie datenschutzrechtliche Aspekte erklärt. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Teilnahme an dem Workshop ebenfalls die Teilnahme an einer freiwilligen Befragung zur Qualitätssicherung erwünscht ist. Die Beantwortung des ersten Fragebogens galt als Teilnahmevoraussetzung für den Workshop. Die verfügbaren Termine waren ebenfalls auf der Website einsehbar sowie die Kontaktdaten der Projektleiterin. Interessierte Personen konnte sich so selbstständig für einen Termin anmelden.

Zu T1 betrug die Stichprobengröße N = 56. Zu T2 sank die Beantwortungsquote auf N = 37 und zu T3 auf N = 30. Da nicht allen dieser Versuchspersonen zu allen drei Messzeitpunkten ein vollständig bearbeiteter Fragebogen zugewiesen werden konnte, liegt die finale Stichprobengröße bei N = 23. Davon waren 16 Personen weiblich und sieben Personen männlich. Die Teilnehmende waren zwischen 22 und 64 Jahre alt ($M$ = 41.26, $SD$ = 12.34). Sieben der Teilnehmende waren als Trainer:innen tätig, sieben als Lehrer:innen von jungen Leistungssportler:innen und sechs als Erzieher:innen von jungen Leistungssportler:innen. Sieben Teilnehmende waren Eltern von jungen Leistungssportler:innen. Somit hatten einige Personen mehrere Rollen im Kontext des Leistungssports. Sieben Teilnehmende gaben an, selbst im Leistungssport aktiv zu sein bzw. aktiv gewesen zu sein. Sportarten, in denen die Trainer:innen bzw. die Kinder der Eltern aktiv sind, waren Fußball, Kanuslalom, Kanurennsport und Wasserspringen.

## 4.3 Material und Messinstrumente

Die Workshop-Teilnehmende bearbeiteten einen Online-Fragebogen zu drei verschiedenen Zeitpunkten: vor dem Workshop (T1), direkt nach dem Workshop (T2) und vier Wochen nach dem Workshop (T3). Dieser wurde mit dem Online-Befragungstool Unipark generiert. Der Fragebogen beinhaltete verschiedene Aspekte und unterschied sich zu den Messzeitpunkten leicht. Zu Beginn des Fragebogens wurde über datenschutzrechtliche Aspekte aufgeklärt und auf die Pseudonymisierung hingewiesen. Die Teilnehmenden erstellten anschließend selbst einen individuellen Code, der zu T2 und T3 erneut abgefragt wurde, um die Fragebögen einer Person von allen Messzeitpunkten einander zuordnen zu können.

Zu allen drei Messzeitpunkten wurden die stigmatisierenden Einstellungen zu psychischen Erkrankungen, das Wissen über Depressionen und Angststörungen sowie die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen erfasst. T1 beinhaltete zudem die Erfassung demographischer Angaben der Teilnehmenden wie Alter, Geschlecht und welche Rolle sie im Umfeld von Nachwuchsathlet:innen einnehmen. Außerdem sollten die Teilnehmenden auf einer 5-stufigen Likert-Skala angeben, wie häufig sie bereits mit dem Thema „psychische Erkrankungen" konfrontiert waren (1 = *noch nie*, 2 = *selten*, 3 = *manchmal*, 4 = *oft*, 5 = *sehr oft*). Zu Messzeitpunkt 2 wurde der Fragebogen zudem um wenige Items zur subjektiven Beurteilung des Workshops ergänzt.

*Stigmatisierende Einstellungen*

Die stigmatisierenden Einstellungen der Teilnehmenden wurden mit Items der Mental Health Literacy Scale (MHLS) von O'Connor und Casey (2015) erfasst. Dabei handelt es sich um ein validiertes Messinstrument, welches sieben verschiedene Aspekte von Mental Health Literacy, also das Wissen über psychische Gesundheit, erfasst. Die neun ausgewählten Items beziehen sich jedoch auf Einstellungen, die das Erkennen von psychischen Störungen und hilfesuchendes Verhalten fördern. Es handelt sich somit um Items an der Schnittstelle zwischen Wissen und Einstellungen, welche typische Vorurteile in Bezug auf psychische Erkrankungen beinhalten. Ein Beispielitem lautet: „Menschen mit psychischer Erkrankung könnten gesund sein, wenn sie es nur wollten und sich zusammenreißen würden." Die Autoren geben selbst an, dass der Fragebogen genutzt werden kann, um die Einstellung zur psychischen Gesundheit und zur Hilfesuche zu untersuchen. Somit eignen sich die Items zur Erfassung der stigmatisierenden Einstellungen gegenüber psychischen Erkrankungen. Da noch keine validierte deutsche Version der MHLS existiert, wurden die Items frei übersetzt. Als Antwortformat diente eine 5-stufige Likertskala (1 = *stimme völlig zu*, 2 = *stimme eher zu*, 3 = *weder noch*, 4 = *stimme eher nicht zu*, 5 = *stimme überhaupt nicht zu*). Die Antworten wurden zu einem Gesamtscore aufsummiert, wobei höhere Werte weniger stigmatisierende Einstellungen bedeuten. Somit lag die maximale Gesamtpunktzahl bei 45. Für alle 35 Items der MHLS liegt die Test-Retest-Reliabilität bei $r = 0.80$ und die interne Konsistenz bei $\alpha = 0.87$. Die Validität schätzten die Autoren ebenfalls als gut ein (O'Connor & Casey, 2015). In der vorliegenden Stichprobe lag die interne Konsistenz je nach Messzeitpunkt zwischen $\alpha = 0.77$ und $\alpha = 0.84$.

*Wissen über Depressionen und Angststörungen*

Ein weiterer Aspekt umfasste das Wissen der Teilnehmenden über Depressionen und Angststörungen. Dieses wurde mit dem Depression Literacy Questionnaire (Griffiths et al., 2004) und dem Anxiety Literacy Questionnaire (Gulliver, Griffiths, Christensen et al., 2012) erfasst. Da die Fragebögen von der gleichen Forschungsgruppe entwickelt wurden und die gleiche Struktur aufweisen, wurden sie zu einem Fragebogen zusammengefasst. Der Fragebogen beinhaltete so Items zu den Anzeichen und Symptomen der jeweiligen psychischen Störung sowie Fragen zu Therapiemöglichkeiten. Einige Items zu Therapiemöglichkeiten sind in beiden Fragebögen enthalten. Diese wurden dementsprechend nur einmal aufgenommen. Es ergab sich eine Menge von 35 Items, auf welche die Teilnehmenden mit „Wahr“, „Falsch“ oder „Weiß nicht“ antworten konnten. Ein Beispielitem lautet: „Menschen mit Depressionen können sich schuldig fühlen, obwohl sie nichts falsch gemacht haben.“ Im Anschluss wurden die Antworten dichotomisiert, sodass falsche Antworten oder "Weiß nicht" mit 0 und richtige Antworten mit 1 bewertet wurden. Die maximale Gesamtpunktzahl lag somit bei 35 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl höheres Wissen indiziert. Für das Depression Literacy Questionnaire gibt es eine deutsche validierte Version von Freitag et al. (2018), welche die interne Konsistenz mit $\alpha = 0.75$ angeben. Für das Anxiety Literacy Questionnaire gibt es aktuell keine solche Übersetzung. Die Items wurden frei ins Deutsche übersetzt, wobei sich stark an der Übersetzung des Depression Literacy Questionnaires von Freitag et al. (2018) orientiert wurde. In der untersuchten Stichprobe zeigte sich je nach Messzeitpunkt eine interne Konsistenz zwischen $\alpha = 0.76$ und $\alpha = 0.83$.

*Selbstsicherheit im Umgang mit Betroffenen*

Um zu erfassen, wie sicher die Teilnehmenden sich im Umgang mit Personen fühlen, die potenziell psychische Probleme haben, wurden vier Items generiert. Die Studie von Sebbens et al. (2016) diente dabei als Vorbild und deren vier Items wurden frei ins Deutsche übersetzt. In der zitierten Studie wiesen die äquivalenten Items eine interne Konsistenz von $\alpha = 0.88$ auf, in der vorliegenden Stichprobe lag sie je nach Messzeitpunkt zwischen $\alpha = 0.70$ und $\alpha = 0.78$. Die Teilnehmenden sollten auf einer Likert-Skala mit fünf Stufen (1 = *gar nicht*, 2 = *eher nicht*, 3 = *mäßig*, 4 = *ziemlich*, 5 = *sehr*) angeben, wie sicher sie sich mit verschiedenen Situationen fühlen, beispielsweise: „Wie selbstsicher fühlen Sie sich damit, eine Person anzusprechen, die psychische Probleme hat?“. Die zu erreichende Punktzahl lag zwischen 4 und 20 Punkten, wobei eine höhere Punktzahl eine höhere Selbstsicherheit bedeutet.

*Akzeptanz & Zufriedenheit*

Zu T2 wurde zusätzlich zu den beschriebenen Items ein Set an Fragen generiert, um die Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmenden zu ermitteln. Die 7 Items beziehen sich auf die Inhalte und die Struktur des Workshops sowie die Atmosphäre währenddessen. Sie wurden als Aussagen konzipiert, denen die Teilnehmenden auf einer 5-stufigen Likert-Skala zustimmen sollten (1 = *stimme überhaupt nicht zu*, 2 = *stimme eher nicht zu*, 3 = *weder noch*, 4 = *stimme eher zu*, 5 = *stimme völlig zu*). Außerdem wurden die Teilnehmenden nach ihrer Zufriedenheit insgesamt auf einer 5-stufigen Likert-Skala gefragt (1 = *sehr unzufrieden*, 2 = *eher unzufrieden*, 3 = *weder noch*, 4 = eher *zufrieden*, 5 = *sehr zufrieden*) und ob sie den Workshop weiterempfehlen würden. Abschließend gab es die Möglichkeit, in einem offenen Antwortformat Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge anzugeben.

## 4.4 Design

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein Within-Subject-Design sowie ein One-Group Pretest-Posttest Design mit Follow-Up. In Bezug auf die erste Hypothese stellt der Workshop als durchgeführte Intervention die unabhängige Variable dar. Die abhängigen Variablen sind die stigmatisierenden Einstellungen, das Wissen über Depressionen und Angststörungen und das Selbstbewusstsein im Umgang mit psychisch belasteten Personen. Bei der Überprüfung der zweiten Hypothese bildet die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen vor dem Workshop die unabhängige Variable und die abhängigen Variablen sind die stigmatisierende Einstellungen, das Wissen über Depressionen und Angststörungen und das Selbstbewusstsein im Umgang mit psychisch belasteten Personen jeweils vor dem Workshop, also zu T1. Die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation stellt auch für die dritte Hypothese die unabhängige Variable dar. Bei den abhängigen Variablen handelt es sich hier jedoch um die Differenzen der stigmatisierenden Einstellungen, des Wissens über Depressionen und Angststörungen und des Selbstbewusstseins im Umgang mit psychisch belasteten Personen zwischen T1 und T2. Es wurde die Differenz zwischen diesen beiden Messzeitpunkten gewählt, da hier die größten Veränderungen in den drei Variablen erwartet werden.

## 4.5 Durchführung

Die Datenerhebung wurde im Vorfeld dem Ethikbeirat der Universität Leipzig vorgestellt und im August 2022 von diesem bewilligt. Die Workshops fanden von September bis November 2022 statt und umfassten einen einmaligen, zweistündigen Termin. Die Termine mit Eltern, Trainer:innen und anderen Vereinsaktionären fanden in den Räumlichkeiten der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig statt. Für die Lehrer:innen des Sportgymnasiums Leipzig fand nach Absprache mit der Schulleitung ein gesonderter Termin an der Schule im Rahmen des Pädagogischen Tages statt, ebenso zwei Termine für die Erzieher:innen der beiden Sportinternate in deren Räumlichkeiten.

Wenige Tage vor dem Workshop-Termin erhielten die angemeldeten Teilnehmenden eine E-Mail mit allgemeinen Informationen zum Ablauf und der Aufklärung über den Datenschutz. Außerdem wurden sie in der E-Mail aufgefordert, über einen Link den ersten Fragebogen online auszufüllen. Einen Tag vor dem Workshop wurden sie mit einer weiteren E-Mail an den Fragebogen erinnert. Vor Ort wurden die Teilnehmenden gebeten, eine Schweigepflichtserklärung in Bezug auf die geteilten persönlichen Erfahrungen zu unterschreiben, bevor der Workshop begann. Der Workshop wurde jeweils gemeinsam von der Projektleiterin und einer wissenschaftlichen Hilfskraft des LIFENET-Projekts durchgeführt. Diese saßen mit den Teilnehmenden in einem Stuhlkreis. Der Workshop wurde medial mittels einer Power-Point-Präsentation über einen Beamer unterstützt. Am Ende des Workshops wurden die Teilnehmenden darauf hingewiesen, dass ihnen per E-Mail ein zweiter Fragebogen zugeschickt werde. Es wurde betont, dass sie somit zur Verbesserung des Angebots beitragen können und um ihre Unterstützung gebeten. Wie angekündigt erhielten die Teilnehmenden kurz nach dem Workshop eine E-Mail, in der sich der Link zum zweiten Fragebogen befand. Sie wurden außerdem darüber informiert, dass in einigen Wochen eine E-Mail mit einem dritten Fragebogen folgen würde, um die längerfristigen Effekte des Workshops zu erfassen. Die E-Mail mit dem Link zum dritten Fragebogen wurde vier Wochen nach dem jeweiligen Workshop-Termin versandt.

# 5 Ergebnisse

## 5.1 Deskriptive Statistik

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mittels RStudio 2022.12.0. In Tabelle 1 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Minima und Maxima der abhängigen Variablen unterteilt nach Messzeitpunkt dargestellt. Die deskriptive Betrachtung der Daten zeigt Veränderungen, die mit den Erwartungen entsprechend der Hypothesen übereinstimmen. Bei der Interpretation der Variable *stigmatisierende Einstellungen* muss berücksichtigt werden, dass höhere Werte weniger stigmatisierende Einstellungen bedeuten. Im zeitlichen Verlauf zeigt sich somit von T1 zu T2 deskriptiv eine Abnahme der stigmatisierenden Einstellungen ($M_{T1}$ = 40.13, $M_{T2}$ = 41.78), eine Zunahme des Wissens über Depressionen und Angststörungen ($M_{T1}$ = 16.70, $M_{T2}$ = 23.13) sowie eine Zunahme der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen ($M_{T1}$ = 12.70, $M_{T2}$ = 14.61).

Von T2 zu T3 sind ebenfalls leichte Veränderungen zu beobachten. Deskriptiv zeigt sich eine leichte Zunahme der stigmatisierenden Einstellungen ($M_{T2}$ = 41.78, $M_{T3}$ = 41.61), eine leichte Abnahme des Wissens über Depressionen und Angststörungen ($M_{T2}$ = 23.13, $M_{T3}$ = 22.00) und eine leichte Zunahme der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen ($M_{T2}$ = 14.61, $M_{T3}$ = 14.70) . Welche dieser Unterschiede tatsächlich signifikant sind, soll im Folgenden geprüft werden. Hinsichtlich der Häufigkeit der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen ergab sich auf einer Skala von 1 bis 5 eine mittlere Ausprägung von $M$ = 3.09 ($SD$ = 0.95, $Min$ = 2, $Max$ = 5).

**Tabelle 1.** Deskriptive Statistiken der abhängigen Variablen je Messzeitpunkt

| | T1 | | | | T2 | | | | T3 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AV | *M* | *SD* | *Min* | *Max* | *M* | *SD* | *Min* | *Max* | *M* | *SD* | *Min* | *Max* |
| Einst. | 40.13 | 4.72 | 23 | 45 | 41.78 | 3.23 | 32 | 45 | 41.61 | 3.90 | 31 | 45 |
| Wiss. | 16.70 | 4.81 | 7 | 26 | 23.13 | 4.19 | 15 | 32 | 22.00 | 4.33 | 12 | 31 |
| Selbst. | 12.70 | 2.38 | 9 | 16 | 14.61 | 2.29 | 9 | 19 | 14.70 | 2.32 | 10 | 18 |

*Anmerkung*. AV = abhängige Variable; Einst. = stigmatisierende Einstellungen, Wiss. = Wissen über Depressionen und Angststörungen, Selbst. = Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen

## 5.2 Voranalysen

In einem nächsten Schritt wurden zunächst die Voraussetzungen für die ANOVA mit Messwiederholung überprüft. Als eine Voraussetzung gilt die Normalverteilung der Daten. Diese wurde mittels des Shapiro-Wilk-Tests geprüft. Für die Variable *Stigmatisierende Einstellungen* zeigte sich zu allen drei Messzeitpunkten eine Verletzung der Normalverteilung ($p_{T1} < .001$, $p_{T2} = .002$, $p_{T3} < .001$). Für die Variable *Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen* zeigte sich eine Verletzung der Normalverteilung zu zwei Messzeitpunkten ($p_{T1} = .031$, $p_{T3} = .023$), zu T2 war die Normalverteilung gegeben ($p_{T2} = .264$). Für das *Wissen über Depressionen und Angststörungen* war die Normalverteilung zu allen drei Messzeitpunkten gegeben ($p_{T1} = .688$, $p_{T2} = .456$, $p_{T3} = .454$). Verschiedene Studien konnte jedoch zeigen, dass die ANOVA robust gegenüber Verletzungen der Normalverteilung ist (Blanca et al., 2017; Schmider et al., 2010). Um alle drei Variablen mittels des gleichen Testverfahrens analysieren zu können, wird deshalb die ANOVA als Verfahren beibehalten.

Als weitere wichtige Voraussetzung für eine ANOVA mit Messwiederholung bei mehr als zwei Stufen gilt die Sphärizität (Gleichheit der Varianzen der paarweisen Differenzen zwischen den Messwiederholungen). Zur Überprüfung der Sphärizität wurde der Mauchly-Test angewendet. Es zeigten sich keine signifikanten Ergebnisse für die stigmatisierenden Einstellungen ($p = .399$), das Wissen über Depressionen und Angststörungen ($p = .264$) und die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen ($p = .810$). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Sphärizität für alle drei abhängigen Variablen gegeben ist.

Mit Hilfe von Boxplots wurden zuletzt mögliche Ausreißer identifiziert. Da keiner davon mehr als drei Standardabweichungen vom Mittelwert entfernt war und die Ausreißer inhaltlich plausibel erschienen wurden sie in die Analyse mit einbezogen.

## 5.3 Hauptanalyse

### 5.3.1 Hypothesentestung: H1

Die erste Hypothese bezieht sich auf die kurz- und längerfristigen Effekte des Workshops. Um zu überprüfen, ob es signifikante Veränderungen in den abhängigen Variablen zwischen den Messzeitpunkten gibt, wurden zunächst ANOVAs mit Messwiederholung gerechnet. So konnten die Daten von T1, T2 und T3 verglichen werden. Die Ergebnisse werden im Folgenden berichtet und sind außerdem in Tabelle 2 dargestellt. Bei einem signifikanten

Ergebnis wurden anschließend paarweise Vergleiche mit Bonferroni-Korrektur durchgeführt. Gemäß der ersten Hypothese wurden signifikante Unterschiede zwischen T1 und T2 und zwischen T1 und T3 erwartet, jedoch nicht zwischen T2 und T3.

**Tabelle 2.** Ergebnisse der ANOVA mit Messwiederholung

| | T1 | | T2 | | T3 | | Mittelwertvergleiche | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AV | *M* | *SD* | *M* | *SD* | *M* | *SD* | *F* | *df* | *p* | $\eta^2_p$ |
| Einst. | 40.13 | 4.72 | 41.78 | 3.23 | 41.61 | 3.90 | 7.14 | 2 | .002** | .245 |
| Wiss. | 16.70 | 4.81 | 23.13 | 4.19 | 22.00 | 4.33 | 24.66 | 2 | < .001** | .529 |
| SS | 12.70 | 2.38 | 14.61 | 2.29 | 14.70 | 2.32 | 16.06 | 2 | < .001** | .422 |

*Anmerkung*. AV = abhängige Variable; Einst. = stigmatisierende Einstellungen, Wiss. = Wissen über Depressionen und Angststörungen, SS = Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen, *p < .05; **p < .01

*H1a: Stigmatisierende Einstellungen*

Für die stigmatisierenden Einstellungen konnte mittels einer ANOVA mit Messwiederholung ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten nachgewiesen werden ($F(2, 44) = 7.14$, $p = .002$). Die bonferroni-korrigierten post-hoc Tests ergaben einen signifikanten Unterschied zwischen T1 und T2 ($p = .004$) sowie zwischen T1 und T3 ($p = .010$), jedoch nicht zwischen T2 und T3 ($p = .672$). Das bedeutet, dass die stigmatisierenden Einstellungen von T1 zu T2 signifikant gesunken sind und anschließend bis T3 stabil geblieben sind. Die Ergebnisse sind zudem in Abbildung 1 dargestellt.

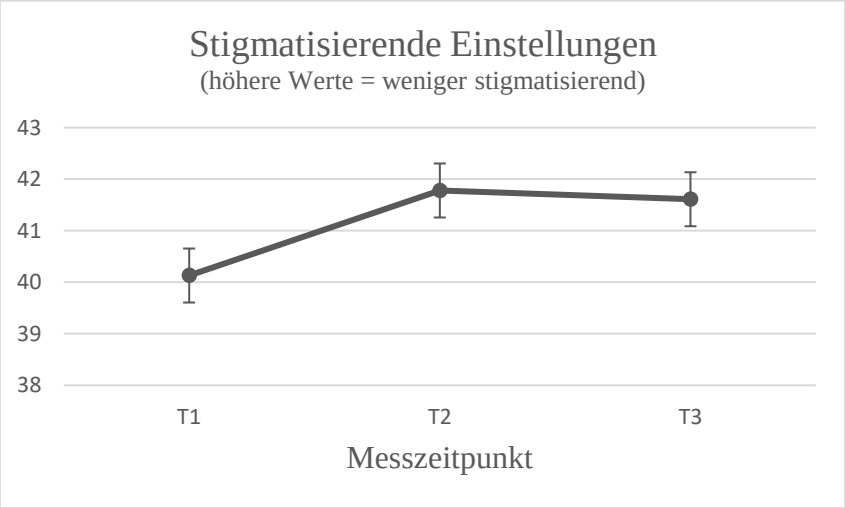


*Abbildung 1*. Mittelwertverlauf der stigmatisierenden Einstellungen über die Zeit

*H1b: Wissen über Depressionen und Angststörungen*

Die ANOVA mit Messwiederholung für das Wissen über Depressionen und Angststörungen ergab einen signifikanten Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ($F(2, 44) = 24.66$, $p < .001$). In den bonferroni-korrigierten post-hoc Tests zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen T1 und T2 ($p < .001$) und zwischen T1 und T3 ($p < .001$ ). Der Vergleich von T2 und T3 ergab hingegen keinen signifikanten Unterschied ($p = .177$). Demzufolge stieg das Wissen über Depressionen und Angststörungen von T1 zu T2 und blieb anschließend bis zu T3 stabil. Die Ergebnisse sind zudem in Abbildung 2 dargestellt.

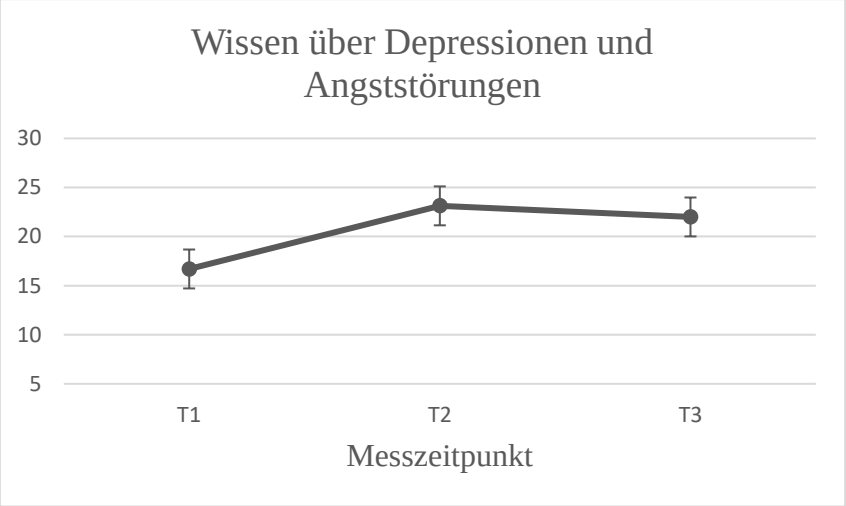


*Abbildung 2*. Mittelwertverlauf des Wissens über Depressionen und Angststörungen

*H1c: Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen*

In der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Messzeitpunkten ($F(2, 44) = 16.06$, $p < .001$). In den bonferroni-korrigierten post-hoc Tests zeigte sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen T1 und T2 ($p < .001$) und zwischen T1 und T3 ($p < .001$ ), jedoch nicht zwischen T2 und T3 ($p = .822$). Daraus ergibt sich, dass die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen von T1 zu T2 angestiegen ist. Anschließend ist sie bis T3 stabil geblieben. Die Ergebnisse sind zudem in Abbildung 3 dargestellt.

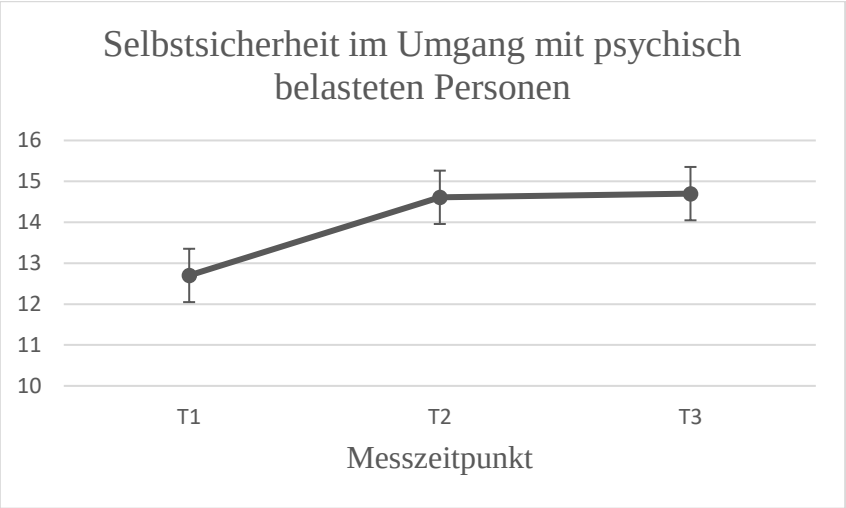


*Abbildung 3.* Mittelwertverlauf der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen

**Zusammenfassung:** Mithilfe der varianzanalytischen Untersuchungen konnte eine signifikante Abnahme der stigmatisierenden Einstellungen sowie eine signifikante Zunahme des Wissens über Depressionen und Angststörungen und der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen von T1 zu T2 ermittelt werden. Diese Veränderungen sind für alle drei Variablen von T2 zu T3 stabil geblieben.

### 5.3.2 Hypothesentestung: H2

Um zu überprüfen, welchen Einfluss die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen auf das Ausgangsniveau der drei abhängigen Variablen zu T1 hat, wurde für jede der drei abhängigen Variablen ein einfaches lineares Regressionsmodell aufgestellt. Die bisherige Konfrontation stellte dabei den Prädiktor dar und die abhängigen Variablen jeweils das Kriterium. Die Ergebnisse werden im Folgenden berichtet und sind zudem in Tabelle 3 zusammengefasst.

**Tabelle 3.** Ergebnisse der einfachen linearen Regressionen

| AV | *b* | *Std.-Fehler* | *B* | *p-Wert* | *KI-Untergrenze* | *KI-Obergrenze* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Einstellungen | 1.40 | 1.04 | .28 | .194 | -.77 | 3.57 |
| Wissen | .64 | 1.10 | .13 | .568 | -1.64 | 2.92 |
| Selbstsicherheit | 1.39 | .46 | .55 | .006** | .45 | 2.34 |

*Anmerkung*. AV = abhängige Variable; Einstellungen = stigmatisierende Einstellungen, Wissen = Wissen über Depressionen und Angststörungen, Selbstsicherheit = Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen, b = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, Std.-Fehler = Standardfehler, B = standardisierter Regressionskoeffizient, KI = 95%-Konfidenzintervall, *p < .05; **p < .01

*H2a: Einfluss auf die stigmatisierenden Einstellungen zu T1*

Für die Vorhersage der stigmatisierenden Einstellungen erwies sich die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen nicht als statistisch signifikanter Prädiktor ($b$ = 1.40, $t$ = 1.34, $p$ = .194). Das bedeutet, dass die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Ausgangsniveau der stigmatisierenden Einstellungen hatte.

*H2b: Einfluss auf das Wissen über Depressionen und Angststörungen zu T1*

Für die Vorhersage des Wissens über Depressionen und Angststörungen erwies sich die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen nicht als statistisch signifikanter Prädiktor ($b$ = .64, $t$ = .58, $p$ = .568). Das bedeutet, dass die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen keinen statistisch signifikanten Einfluss auf das Ausgangsniveau des Wissens über Depressionen und Angststörungen hatte.

*H2c: Einfluss auf die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen zu T1*

Für die Vorhersage der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen erwies sich die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen als statistisch signifikanter Prädiktor ($b$ = 1.39, $t$ = 3.06, $p$ = .006). Je höher die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen war, desto höher war auch die Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen zum Prä-Messzeitpunkt.

**Zusammenfassung:** Die regressionsanalytische Untersuchung ergab, dass die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation einen signifikanten Einfluss auf das Ausgangsniveau der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen hat. Je häufiger eine Person bereits mit psychischen Erkrankungen konfrontiert war, desto höher war ihre Selbstsicherheit zu T1, also vor dem Workshop. Auf das Ausgangsniveau der stigmatisierenden Einstellungen und des Wissens über Depressionen und Angststörungen hatte die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation keinen signifikanten Einfluss.

### 5.3.3 Hypothesentestung: H3

Aufgrund der Ergebnisse der Hypothesentestung von H2a bis H2c wird im Folgenden nur der Einfluss der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen auf die Veränderung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen überprüft. Da die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation keinen Einfluss auf das Ausgangsniveau der Variablen *stigmatisierende Einstellungen* und *Wissen über Depressionen und Angststörungen* hat, erübrigt sich die Überprüfung des Einflusses auf die Veränderung nach dem Workshop.

Zur Überprüfung von Hypothese 3c wurde ein einfaches lineares Regressionsmodell aufgestellt. Die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen stellte dabei wieder den Prädiktor dar und die Veränderungen nach dem Workshop das Kriterium. Die Veränderung in der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen infolge des Workshops wurde über die Differenz zwischen T1 und T2 operationalisiert, da hier die größte Veränderung erwartet wurde. Die Ergebnisse werden im Folgenden berichtet und sind zudem in Tabelle 4 zusammengefasst.

**Tabelle 4.** Ergebnisse der einfachen linearen Regression

| AV | *b* | *Std.-Fehler* | *B* | *p-Wert* | *KI-Untergrenze* | *KI-Obergrenze* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstsicherheit | -.01 | .47 | -.00 | .985 | -.99 | .97 |

*Anmerkung*. AV = abhängige Variable; Selbstsicherheit = Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen, b = nicht standardisierter Regressionskoeffizient, Std.-Fehler = Standardfehler, B = standardisierter Regressionskoeffizient, KI = 95%-Konfidenzintervall, *p < .05; **p < .01

*H3c: Einfluss auf die Veränderung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen*

Für die Vorhersage der Veränderung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen erwies sich die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen nicht als statistisch signifikanter Prädiktor ($b$ = -.01, $t$ = .47, $p$ = .985). Das bedeutet, dass die bisherige Konfrontation mit psychischen Erkrankungen keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die Veränderung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen von T1 zu T2 hatte.

## 5.4 Explorative Analyse der Zufriedenheit

Im Folgenden wird berichtet, wie die Teilnehmenden den Workshop subjektiv wahrgenommen haben und wie zufrieden sie damit waren. Dafür wurden zunächst die sieben Items ausgewertet, die sich auf den Inhalt, die Struktur und die Atmosphäre während des Workshops beziehen. Die deskriptive Statistik der Antworten auf die sieben Items ist in Tabelle 5 dargestellt. Zudem wurde die Gesamtzufriedenheit und die Weiterempfehlungsrate erfasst.

Die Auswertung der Items zeigt, dass die Teilnehmenden den Workshop überwiegend positiv wahrgenommen haben. Alle haben den Workshop als (eher) praktisch relevant wahrgenommen und über 90 % hat der Workshop (eher) Spaß gemacht. Für 26 % der Teilnehmenden waren die Inhalte des Workshops allerdings (eher) nicht neu.

Insgesamt würden alle 23 Teilnehmenden den Workshop weiterempfehlen. Die Gesamtzufriedenheit, welche ebenfalls auf einer Skala von *1* = sehr unzufrieden bis *5* = sehr zufrieden angegeben wurde, lag bei $M$ = 3.39 ($SD$ = .89). Von den 23 Teilnehmenden waren 15 sehr zufrieden und 6 eher zufrieden mit dem Workshop. Insgesamt waren somit 91 % (eher) zufrieden. Zwei Personen gaben hingegen an, sehr unzufrieden gewesen zu sein. Da sich dies jedoch weder in den Evaluationsitems 1-7 noch den Angaben zur Weiterempfehlung widerspiegelt, könnte es sein, dass die beiden Teilnehmenden die Skala falsch gelesen haben. Diese Vermutung wird ebenfalls dadurch gestützt, dass eine der beiden Personen zusätzlich in die offenen Angaben den Kommentar „Pure Dankbarkeit an euch beide!“ hinterlassen hat. Dies spricht nicht dafür, dass die Person sehr unzufrieden mit dem Workshop war.

**Tabelle 5.** Deskriptive Statistik der Antworten auf die Evaluationsitems

| Item | M | SD | Min | Max |
|---|---|---|---|---|
| „Der Workshop war für mich praktisch relevant.“ | 4.48 | .51 | 4 | 5 |
| „Die Struktur des Workshops war für mich nachvollziehbar.“ | 4.65 | .49 | 4 | 5 |
| „Die Inhalte des Workshops waren für mich interessant.“ | 4.74 | .54 | 3 | 5 |
| „Die Inhalte des Workshops waren für mich neu.“ | 3.35 | 1.07 | 1 | 5 |
| „Ich habe mich während des Workshops wohlgefühlt.“ | 4.83 | .49 | 3 | 5 |
| „Die Teilnahme am Workshop hat mir Spaß gemacht.“ | 4.70 | .56 | 3 | 5 |
| „Die praktischen Übungen habe ich als relevant und hilfreich empfunden.“ | 4.04 | .82 | 3 | 5 |

*Anmerkung*. 1 = „Stimme gar nicht zu“, 2 = „Stimme eher nicht zu“, 3 = „Weder noch“, 4 = „Stimme eher zu“, 5 = „Stimme völlig zu“

# 6 Diskussion

Leistungssportler:innen sind im Allgemeinen ähnlich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen wie die Allgemeinbevölkerung (Gulliver et al., 2015; Rice et al., 2016). Nachwuchsleistungssportler:innen sind zudem im Vergleich zu erwachsenen Leistungssportler:innen vielen weiteren Belastungen ausgesetzt (Emrich et al., 2009). Somit benötigt diese vulnerable Zielgruppe Unterstützung, wobei das Umfeld eine wichtige Rolle spielt. Dazu gehören vor allem die Trainer:innen und Eltern sowie Lehrer:innen und Erzieher:innen, die täglich viel Kontakt zu den Jugendlichen haben. Spezifische Angebote, um diese Personen über psychische Erkrankungen im Leistungssport aufzuklären und Stigma abzubauen, existieren jedoch kaum. Mithilfe der vorliegenden Evaluation eines neuen Workshops soll dazu beigetragen werden, die psychologische Versorgung von Nachwuchsleistungssportler:innen und deren Umfeld zu verbessern.

Die Ergebnisse der Überprüfung der Wirksamkeit werden im Folgenden zusammengefasst und interpretiert. Anschließend wird die Methodik eingeordnet und auf Limitationen der Studie eingegangen. Dabei werden ebenfalls Implikationen für zukünftige Forschung aufgezeigt. Zum Abschluss wird ein kurzes Fazit gezogen.

## 6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit sollte untersuchen, welche Effekte ein neu konzipierter Workshop über psychische Gesundheit im Nachwuchsleistungssport hat. Die Zielgruppe umfasste dabei die Bezugspersonen von Nachwuchsleistungssportler:innen, zu denen Trainer:innen, Eltern, Lehrer:innen und Erzieher:innen gehören. Untersucht wurde der Einfluss des Workshops auf die abhängigen Variablen *Stigmatisierende Einstellungen*, *Wissen über Depressionen und Angststörungen* und *Selbstsicherheit im Umgang mit Betroffenen*. Als Kontrollvariable wurde die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen einbezogen. Zur Analyse wurde der zeitliche Verlauf der Variablen von T1 zu T2 und zu T3 betrachtet. Dafür wurden die Mittelwerte der abhängigen Variablen zu den drei Messzeitpunkten miteinander verglichen und Unterschiede anschließend auf Signifikanz getestet. Bezüglich der Kontrollvariable wurde zunächst der Einfluss auf das Ausgangsniveau untersucht. Der Einfluss auf die Veränderung nach dem Workshop wurde lediglich bei der Variable überprüft, bei der es einen signifikanten Einfluss auf das Ausgangsniveau gab.

Die Einstellungen der Teilnehmenden waren bereits vor dem Workshop wenig stigmatisierend (*M* = 40.13/45). Trotzdem zeigte sich eine signifikante Reduktion von T1 zu T2 und von T1 zu T3, jedoch nicht von T2 zu T3. Es ist davon auszugehen, dass der Workshop bei den Teilnehmenden entstigmatisierend gewirkt hat und dieser Effekt auch vier Wochen nach dem Workshop stabil ist. Hypothese 1a konnte somit bestätigt werden.

Vor der Workshopteilnahme hatten die Teilnehmenden mittelmäßiges Wissen über Depressionen und Angststörungen (*M* = 16.70/35). Nach dem Workshop zeigte sich hier ebenfalls eine Veränderung. Die paarweisen Mittelwertvergleiche ergaben eine signifikante Steigerung des Wissens von T1 zu T2 sowie von T1 zu T3. Keine signifikante Veränderung zeigte sich hingegen zwischen T2 und T3. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass der Workshop das Wissen über Depressionen und Angststörungen nachhaltig verbessert hat. Hypothese 1b gilt somit als bestätigt.

Im Umgang mit psychisch belasteten Personen schätzten sich die Teilnehmenden vor dem Workshop als mittel bis eher selbstsicher ein (M = 12.70/20). Im Anschluss an den Workshop konnten bei der Selbstsicherheit ebenfalls Veränderungen gefunden werden. Entsprechend der Hypothese 1c ergab sich eine signifikante Steigerung der Selbstsicherheit von T1 zu T2 sowie von T1 zu T3, jedoch nicht von T2 zu T3. Der Workshop scheint somit eine längerfristige Verbesserung der Selbstsicherheit bei den Teilnehmenden bewirkt zu haben. Damit kann Hypothese 1c als bestätigt angesehen werden.

Die Häufigkeit der bisherigen Konfrontation mit psychischen Erkrankungen hatte lediglich einen Einfluss auf das Ausgangsniveau der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen. Die Teilnehmenden, die schon häufiger mit psychischen Erkrankungen konfrontiert waren, gaben vor dem Workshop eine höhere Selbstsicherheit im Umgang mit psychischen belasteten Personen an. Hypothese 2c konnte somit bestätigt werden, die Hypothesen 2a und 2b müssen jedoch verworfen werden. Auf die Veränderungen in der Selbstsicherheit nach dem Workshop hatte die bisherige Konfrontation jedoch keinen Einfluss. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass auch Personen, die aufgrund vermehrter bisheriger Konfrontation bereits vor dem Workshop selbstsicherer waren, durch den Workshop trotzdem eine Steigerung ihrer Selbstsicherheit wahrgenommen haben. Auf das Ausgangsniveau der stigmatisierenden Einstellungen und des Wissens über Depressionen und Angststörungen hatte die bisherige Konfrontation keinen Einfluss. In der vorliegenden Stichprobe war eine höhere Konfrontation mit psychischen Erkrankungen demzufolge nicht mit weniger stigmatisierenden Einstellungen assoziiert und Hypothese 3c muss somit verworfen

werden. Dies widerspricht zwar bisherigen Forschungsergebnissen (Corrigan & Nieweglowski, 2019), kann jedoch damit erklärt werden, dass die Teilnehmenden unabhängig von ihren persönlichen Erfahrungen mit dem Thema wenig stigmatisierende Einstellungen aufwiesen. Dabei kann es sich um einen Selektionseffekt handeln, welcher im Folgenden in den Limitationen genauer diskutiert wird.

## 6.2 Theoretische und praktische Implikationen

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass der Workshop die gewünschten Effekte erzielt hat. Damit reiht sich die Studie in bisherige Forschungsergebnisse zu Interventionsprogrammen ein und unterstützt deren Ergebnisse (Bapat et al., 2009; Breslin et al., 2017; Sebbens et al., 2016). Bisherige Programme zur Aufklärung über psychische Gesundheit im (Leistungs-) Sport konnten eine Steigerung des Wissens über psychische Störungen im Allgemeinen und über bestimmte Störungsbilder sowie eine Steigerung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen nachweisen. Zusätzlich beinhaltete der Workshop in der vorliegenden Arbeit die Variable stigmatisierende Einstellungen. Da Stigmatisierung einer der Hauptgründe ist, warum psychisch belastete Leistungssportler:innen keine Hilfe in Anspruch nehmen (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2012), sollte dieser Aspekt bei der Aufklärung des Umfelds unbedingt mit berücksichtigt werden. Wie von Sebbens et al. (2016) vorgeschlagen, erweitert der konzipierte Workshop die bestehenden Interventionen um diesen Aspekt. So kann in Zukunft noch besser dazu beigetragen werden, dass sich psychisch belastete Leistungssportler:innen Hilfe suchen.

Obwohl die Wirksamkeit von Aufklärungsprogrammen über psychische Gesundheit im Leistungssport bewiesen werden konnte (Breslin et al., 2022) und Befragungen den Bedarf an Aufklärung bestätigen (Bissett et al., 2020; Hurley et al., 2017; Mazzer & Rickwood, 2015b), existierte bisher kein solches Angebot im deutschsprachigen Raum. Mit dem neu konzipierten Workshop steht damit erstmals ein Ansatz zur Verfügung, um Personen aus dem Umfeld von Nachwuchsleistungssportler:innen über psychische Erkrankungen zu informieren und damit verbundene Stigmatisierung abzubauen. Die Inhalte des Workshops bilden dafür einen Ausgangspunkt, können und sollten jedoch weiterentwickelt werden. Eine Möglichkeit, auf die in der vorliegenden Studie verzichtet wurde, ist die Durchführung des Workshops im Online-Format. Damit besteht die Möglichkeit, deutlich mehr Personen zu erreichen. Mittlerweile wurde der Workshop bereits online durchgeführt, jedoch muss noch untersucht werden, ob das Format ebenfalls die gewünschten Effekte erzielt. Außerdem ist es wichtig, neben dem Umfeld

auch die Athlet:innen selbst aufzuklären und zu unterstützen. Selbststigmatisierung spielt ebenfalls eine große Rolle bei der Inanspruchnahme von psychologischer Hilfe (Aydin & Fritsch, 2015) und viele Leistungssportler:innen haben verinnerlicht, dass sie „die Zähne zusammenbeißen müssen“ (Claussen et al., 2022). Daher ist es wichtig, vor allem junge Leistungssportler:innen über bestimmte Störungsbilder, Risikofaktoren und Anlaufstellen zu informieren und vor allem Scham rund um psychische Erkrankungen abzubauen. Die Inhalte und die Struktur des Workshops können dafür genutzt und abgewandelt werden. Dies wird aktuell im Rahmen des LIFENET-Projekts realisiert. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bilden somit eine wichtige Basis, Nachwuchsleistungssportler:innen in Deutschland und deren Umfeld langfristig in Hinblick auf ihre psychische Gesundheit zu unterstützen.

## 6.3 Limitationen

Die Ergebnisse der Evaluationsstudie müssen in Anbetracht einiger Limitationen betrachtet werden, welche an dieser Stelle diskutiert werden sollen. Der Fokus zukünftiger Untersuchungen sollte darauf liegen, die Einschränkungen zu reduzieren.

Als eine wichtige Limitation muss das Studiendesign genannt werden. Es handelt sich dabei um ein Prä-Post Design ohne (randomisierte) Kontrollgruppe. Somit können die gemessenen Veränderungen nicht zweifelsfrei auf den Workshop zurückgeführt werden, da alternative Einflussfaktoren nicht ausgeschlossen werden können. Die bessere Wahl wäre zumindest ein quasi-experimentelles Kontrollgruppendesign gewesen, wie es beispielsweise Sebbens et al. (2016) und Breslin et al. (2017) genutzt haben. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich jedoch um eine erste Pilotierung des Workshops, weshalb aus Effizienzgründen darauf verzichtet wurde. In Zukunft bedarf es einer weiteren Evaluierung des Workshops mit einer geeigneten Kontrollgruppe.

Positiv hervorzuheben bei der Betrachtung des Studiendesigns ist die erneute Erhebung vier Wochen nach dem Workshop. So konnte gezeigt werden, dass die Effekte mindestens in diesem Zeitraum bestehen bleiben. Offen bleibt jedoch, ob die Veränderungen auch darüber hinaus konstant bleiben oder eventuell eine Auffrischung zu einem späteren Zeitraum notwendig ist. Hier können längsschnittliche Studien ansetzen. Damit kann ebenfalls untersucht werden, ob es im Anschluss an den Workshop tatsächlich auch zu Verhaltensänderungen kommt, beispielsweise ob langfristig psychische Erkrankungen im Nachwuchsleistungssport häufiger erkannt und behandelt werden.

Im Zusammenhang mit dem Studiendesign muss außerdem die Stichprobenauswahl diskutiert werden. Da die Teilnahme an dem Workshop freiwillig war, setzt sich die Stichprobe aus Personen zusammen, die dem Thema psychische Erkrankungen höchstwahrscheinlich offen gegenüberstehen und sich dafür interessieren. Das spiegelt sich auch in dem geringen Ausgangsniveau der stigmatisierenden Einstellungen wider. Es handelt sich also um einen Selektionseffekt und die Stichprobe ist nur eigeschränkt repräsentativ. Vor allem Trainer:innen mit strengen, veralteten Ansichten, wie Thiel (2014) sie beschreibt, sind jedoch schwer zu erreichen, da sie wenig bis kein Interesse am Thema psychische Gesundheit zeigen. Diese Personen zu erreichen, wäre besonders wichtig. Eine Möglichkeit dafür könnte sein, den Workshop oder ähnliche Angebote verpflichtend zu machen, beispielsweise von Seiten der Vereine, in der Trainer:innen-Ausbildung oder für die Lehrer:innen und Erzieher:innen der Sportschulen bzw. Internate. Die Zusammensetzung der Stichprobe ist außerdem dahingehend kritisch zu betrachten, dass lediglich vier verschiedene Sportarten von Trainer:innen- bzw. Elternseite vertreten waren. In Anbetracht der Tatsache, dass vor allem Essstörungen sehr häufig in ästhetischen Sportarten auftreten (Torstveit et al., 2008) sollten Vertreter:innen dieser Sportarten besonders sensibilisiert werden.

Eine weitere Limitation stellen die geringe Stichprobengröße und die damit verbundenen Dropouts dar. Während insgesamt 56 Personen im Untersuchungszeitraum an dem Workshop teilgenommen haben, konnten in die finale Analyse lediglich 23 Personen einbezogen werden. Das entspricht weniger als der Hälfte. Die Beantwortungsquote der Fragebögen sank zu T2 und T3 deutlich. Dies liegt unter anderem möglicherweise daran, dass die Teilnehmenden nach dem Workshop keine Verpflichtung mehr hatten, die Fragebögen erneut auszufüllen. Vermutlich mangelte es den Teilnehmenden an Motivation, obwohl am Ende des Workshops mehrmals um die anschließende Mithilfe gebeten wurde. Zukünftige Studien sollten Wege finden, mehr Anreize zu schaffen und die Rücklaufquote zu verbessern. Eine Möglichkeit wäre, Informations-Materialien erst nach einer erneuten Befragung auszugeben.

Weiterhin berücksichtigt werden muss die Zuordnung der Daten von den einzelnen Messzeitpunkten mittels eines individuell erstellten Codes. Während der Datenauswertung wurde deutlich, dass das Vorgehen offensichtlich nicht immer korrekt umgesetzt wurde, was ebenfalls zu einer Reduktion der verwertbaren Daten geführt hat. Diese Gründe haben letztendlich zu einer geringen Stichprobengröße geführt, welche mit einer geringen statistischen Power einhergeht (Döring & Bortz, 2016). Anzumerken ist jedoch, dass trotz der kleinen Stichprobe und damit geringen Power signifikante Effekte gefunden wurden.

Außerdem wurden alle drei abhängigen Variablen mittels Selbstberichtskalen erfasst. Der Selbstbericht unterliegt immer gewissen Einschränkungen, da er auf der subjektiven Einschätzung der antwortenden Person beruht (Rosenman et al., 2011). Vor allem in Bezug auf die stigmatisierenden Einstellungen kann eine Antworttendenz im Sinne sozialer Erwünschtheit eine große Rolle spielen. Objektive Maße sind in diesem Kontext jedoch nur schwer umsetzbar. Eine Möglichkeit wäre, wie bereits weiter oben angeführt, längerfristige Verhaltensänderungen zu messen. Beispielsweise könnte untersucht werden, ob Trainer:innen das Thema psychische Erkrankungen häufiger mit ihren Sportler:innen diskutieren oder ob es zu einer häufigeren Weitervermittlung belasteter Sportler:innen an Hilfsangebote kommt.

Die Skalen müssen zudem dahingehend betrachtet werden, ob es sich um validierte Messinstrumente handelt. Sowohl die Mental Health Literacy Scale von O'Connor und Casey (2015) als auch das Depression Literacy Questionnaire von Griffiths et al. (2004) bzw. das Anxiety Literacy Questionnare von Gulliver, Griffiths, Christensen et al. (2012) sind gut validierte Skalen in englischer Sprache. Eine validierte deutsche Version existiert allerdings nur für das Depression Literacy Questionnaire (Freitag et al., 2018). Die anderen Skalen sowie die Items zur Erfassung der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen wurden frei aus ins Deutsche übersetzt. Die Berechnung der internen Konsistenzen in der vorliegenden Studie ergab jedoch für alle drei Messzeitpunkte akzeptable bis gute Werte ($\alpha_{Min}$ = .70, $\alpha_{Max}$ = .84). Somit gelten die Ergebnisse der Skalen als interpretierbar. Bezüglich der Befragungsstruktur ist außerdem zu berücksichtigen, dass von den drei thematisierten Störungsbildern nur zu Depressionen und Angststörungen der Wissenszuwachs erfasst wurde. Ob das Wissen über Essstörungen nach dem Workshop ebenfalls höher ist, bleibt somit noch offen. Da der Fragebogen möglichst kurzgehalten werden sollte und zum Zeitpunkt dessen Entwicklung kein Messinstrument existierte, welches das Wissen über Essstörungen erfasst, wurde darauf verzichtet, das Störungsbild in die Befragung mit aufzunehmen. Mittlerweile wurde jedoch eine erste Studie veröffentlicht, welche das Wissen über Essstörungen mittels einer ähnlichen Skala erfasst wie das Depression Literacy Questionnaire und das Anxiety Literacy Questionnaire (Feldhege et al., 2022). Zukünftige Studien könnten damit den Effekt des Workshops auf das Wissen über Essstörungen untersuchen.

Abschließend ist in Bezug auf die statistische Auswertung kritisch anzumerken, dass ausschließlich univariate Analyseverfahren verwendet wurden, obwohl es mehrere abhängige Variablen gibt. Dadurch besteht die Gefahr der Alphafehler-Kumulierung. In zukünftigen Studien sollte daher auf multivariate Analyseverfahren zurückgegriffen werden.

## 6.4 Fazit

Der Forschungsstand zeigt, dass psychischen Erkrankungen im Leistungssport zunehmend Aufmerksamkeit geschenkt wird. Trotzdem ist das Thema noch immer mit viel Stigma behaftet. Vor allem die vulnerable Gruppe der Nachwuchsleistungssportler:innen und deren Umfeld muss deshalb weiterhin aufgeklärt und sensibilisiert werden. An passenden Angeboten dafür mangelt es jedoch, vor allem in Deutschland.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ein solches Angebot zu schaffen und erste Nachweise für dessen Wirksamkeit zu erbringen. Zusammenfassend konnte nach dem Workshop eine Steigerung des Wissens über Depressionen und Angststörungen sowie der Selbstsicherheit im Umgang mit psychisch belasteten Personen nachgewiesen werden. Außerdem zeigte sich eine Abnahme der stigmatisierenden Einstellungen. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass der Workshop die gewünschten Veränderungen erzielt hat und stehen so im Einklang mit wenigen anderen Evaluationsstudien von Interventionsprogrammen im Leistungssport. Diese Ergebnisse erweitern die Befundlage dafür, dass bereits kurze Interventionen hilfreiche Mittel zur Wissensvermittlung und Einstellungsveränderung im leistungssportlichen Kontext darstellen. Der Workshop dient daher als ein Ausgangspunkt für die Aufklärung über und Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen im Nachwuchsleistungssport. Möglichkeiten, wie der Workshop weiterentwickelt werden kann, wurden diskutiert. In Zukunft müssen zudem weitere Evaluationsstudien mit einer größeren Stichprobenzahl und einer geeigneten Kontrollgruppe durchgeführt werden, damit die gefundenen Veränderungen eindeutig auf den Workshop zurückgeführt werden können.

Insgesamt leistet die vorliegende Studie einen wichtigen praktischen Beitrag für die Versorgung von psychisch belasteten Nachwuchsleistungssportler:innen. Der konzipierte Workshop kann dazu beitragen, die psychische Gesundheit von Nachwuchsleistungs-sportler:innen langfristig zu fördern und aufrechtzuerhalten, indem deren Umfeld aufgeklärt und sensibilisiert wird.

# 7 Literaturverzeichnis

Andrews, A., McCabe, M. & Wideman-Johnston, T. (2014). Mental health issues in the schools: are educators prepared? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, *9*(4), 261–272. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-11-2013-0034

Angermeyer, M. C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *203*(2), 146–151. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.122978

Aydin, N. & Fritsch, K. (2015). Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut*, *60*(3), 245–257. https://doi.org/10.1007/s00278-015-0024-9

Bapat, S., Jorm, A. & Lawrence, K. (2009). Evaluation of a mental health literacy training program for junior sporting clubs. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *17*(6), 475–479. https://doi.org/10.1080/10398560902964586

Belz, J., Kleinert, J., Ohlert, J., Rau, T. & Allroggen, M. (2018). Risk for Depression and Psychological Well-Being in German National and State Team Athletes—Associations With Age, Gender, and Performance Level. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *12*(2), 160–178. https://doi.org/10.1123/JCSP.2016-0024

Bissett, J. E., Kroshus, E. & Hebard, S. (2020). Determining the role of sport coaches in promoting athlete mental health: a narrative review and Delphi approach. *BMJ open sport & exercise medicine*, *6*(1), e000676. https://doi.org/10.1136/bmjsem-2019-000676

Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R. & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, *29*(4), 552–557. https://doi.org/10.7334/psicothema2016.383

Brand, R., Ehrlenspiel, F. & Graf, K. (2009). *Wettkampf-Angst-Inventar (WAI): Manual zur komprehensiven Eingangsdiagnostik von Wettkampfangst, Wettkampfängstlichkeit und Angstbewältigungsmodus im Sport* (1. Aufl.). *Wissenschaftliche Berichte und Materialien*. Bundesinst. für Sportwiss.

Brand, R., Wolff, W. & Hoyer, J. (2013). Psychological Symptoms and Chronic Mood in Representative Samples of Elite Student-Athletes, Deselected Student-Athletes and

Comparison Students. *School Mental Health*, *5*(3), 166–174. https://doi.org/10.1007/s12310-012-9095-8

Breslin, G., Haughey, T. J., Donnelly, P., Kearney, C. & Prentice, G. (2017). Promoting mental health awareness in sport clubs. *Journal of Public Mental Health*, *16*(2), 55–62. https://doi.org/10.1108/JPMH-08-2016-0040

Breslin, G., Shannon, S., Cummings, M. & Leavey, G. (2022). An updated systematic review of interventions to increase awareness of mental health and well-being in athletes, coaches, officials and parents. *Systematic reviews*, *11*(1), 99. https://doi.org/10.1186/s13643-022-01932-5

Burke, S., Sharp, L.-A., Woods, D. & Paradis, K. F. (2021). Enhancing parental support through parent-education programs in youth sport: a systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 1–28. https://doi.org/10.1080/1750984X.2021.1992793

Carl. (1992). Nachwuchstraining. In P. Röthig (Hrsg.), *Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport: Band 49/50. Sportwissenschaftliches Lexikon* (6. Aufl., S. 259). Hofmann.

Christensen, M. K. & Sørensen, J. K. (2009). Sport or school? Dreams and dilemmas for talented young Danish football players. *European Physical Education Review*, *15*(1), 115–133. https://doi.org/10.1177/1356336X09105214

Claussen, M. C., Seifritz, E., Aichhorn, W., Ajdacic-Gross, V., Allroggen, M., Bär, K.-J., Baumann-Vogel, H. & Bendau, A. (Hrsg.). (2022). *Programmbereich Psychiatrie. Lehrbuch der Sportpsychiatrie und -psychotherapie: Psychische Gesundheit und Erkrankungen im Leistungssport* (1. Aufl.). Hogrefe AG. https://doi.org/10.1024/86001-00

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L. & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, *45*(1), 11–27. https://doi.org/10.1017/S0033291714000129

Coppens, E., van Audenhove, C., Iddi, S., Arensman, E., Gottlebe, K., Koburger, N., Coffey, C., Gusmão, R., Quintão, S., Costa, S., Székely, A. & Hegerl, U. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: results of the OSPI-Europe

intervention in four European countries. *Journal of affective disorders*, *165*, 142–150. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.052

Corrigan, P. W. & Bink, A. B. (2016). The Stigma of Mental Illness. In *Encyclopedia of Mental Health* (S. 230–234). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00170-1

Corrigan, P. W. & Nieweglowski, K. (2019). How does familiarity impact the stigma of mental illness? *Clinical psychology review*, *70*, 40–50. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.02.001

Côté, J. (1999). The Influence of the Family in the Development of Talent in Sport. *The Sport Psychologist*, *13*(4), 395–417. https://doi.org/10.1123/tsp.13.4.395

Creutzburg, S. & Scheid, V. (2014). *Qualitätsentwicklung an Partnerschulen des Leistungssports: Evaluationsstudie zum Landesprogramm "Talentsuche - Talentförderung" in Hessen*. *Reihe Sport: Bd. 17*. Hofmann.

Delenardo, S. & Terrion, J. L. (2014). Suck It Up: Opinions and Attitudes about Mental Illness Stigma and Help-Seeking Behaviour of Male Varsity Football Players. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *33*(3), 43–56. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2014-023

DGPPN. (2013). *Psychische Erkrankungen bei Leistungssportlern*. Positionspapier Nr. 8. https://idw-online.de/de/attachmentdata28550.pdf

Dimitropoulos, G., Cullen, E., Cullen, O., Pawluk, C., McLuckie, A., Patten, S., Bulloch, A., Wilcox, G. & Arnold, P. D. (2022). “Teachers Often See the Red Flags First”: Perceptions of School Staff Regarding Their Roles in Supporting Students with Mental Health Concerns. *School Mental Health*, *14*(2), 402–415. https://doi.org/10.1007/s12310-021-09475-1

Doherty, S., Hannigan, B. & Campbell, M. J. (2016). The Experience of Depression during the Careers of Elite Male Athletes. *Frontiers in psychology*, *7*, 1069. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01069

Döring, N. & Bortz, J. (2016). Bestimmung von Teststärke, Effektgröße und optimalem Stichprobenumfang. In N. Döring & J. Bortz (Hrsg.), *Springer-Lehrbuch. Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (S. 807–866). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5_14

Dorsch, T. E., King, M. Q., Dunn, C. R., Osai, K. V. & Tulane, S. (2017). The Impact of Evidence-Based Parent Education in Organized Youth Sport: A Pilot Study. *Journal of Applied Sport Psychology*, *29*(2), 199–214. https://doi.org/10.1080/10413200.2016.1194909

Dorsch, T. E., King, M. Q., Tulane, S., Osai, K. V., Dunn, C. R. & Carlsen, C. P. (2019). Parent Education in Youth Sport: A Community Case Study of Parents, Coaches, and Administrators. *Journal of Applied Sport Psychology*, *31*(4), 427–450. https://doi.org/10.1080/10413200.2018.1510438

Dorsch, T. E., Smith, A. L. & Dotterer, A. M. (2016). Individual, relationship, and context factors associated with parent support and pressure in organized youth sport. *Psychology of Sport and Exercise*, *23*, 132–141. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2015.12.003

Duffy, J., Rooney, B. & Matthews, J. (2021). Coaches' Mental Health Literacy and Role Perceptions for Supporting Young People's Mental Health. *Journal of Applied Sport Psychology*, *33*(1), 45–59. https://doi.org/10.1080/10413200.2019.1646840

Eisenberg, D., Downs, M. F., Golberstein, E. & Zivin, K. (2009). Stigma and help seeking for mental health among college students. *Medical care research and review : MCRR*, *66*(5), 522–541. https://doi.org/10.1177/1077558709335173

Emrich, E., Fröhlich, M., Klein, M. & Pitsch, W. (2009). Evaluation of the Elite Schools of Sport. *International Review for the Sociology of Sport*, *44*(2-3), 151–171. https://doi.org/10.1177/1012690209104797

Fazel, M., Hoagwood, K., Stephan, S. & Ford, T. (2014). Mental health interventions in schools 1: Mental health interventions in schools in high-income countries. *The lancet. Psychiatry*, *1*(5), 377–387. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70312-8

Feldhege, J., Bilic, S., Ali, K., Fassnacht, D. B., Moessner, M., Farrer, L. M., Griffiths, K. M. & Bauer, S. (2022). Knowledge and Myths about Eating Disorders in a German Adolescent Sample: A Preliminary Investigation. *International journal of environmental research and public health*, *19*(11). https://doi.org/10.3390/ijerph19116861

Ferguson, H. L., Swann, C., Liddle, S. K. & Vella, S. A. (2019). Investigating Youth Sports Coaches' Perceptions of Their Role in Adolescent Mental Health. *Journal of Applied Sport Psychology*, *31*(2), 235–252. https://doi.org/10.1080/10413200.2018.1466839

Frauenholtz, S., Conrad-Hiebner, A. & Mendenhall, A. N. (2015). Children's Mental Health Providers' Perceptions of Mental Health Literacy Among Parents and Caregivers. *Journal of Family Social Work*, *18*(1), 40–56. https://doi.org/10.1080/10522158.2014.974116

Freitag, S., Stolzenburg, S., Schomerus, G. & Schmidt, S. (2018). Depressionswissen – Deutsche Übersetzung und Testung der Depression Literacy Scale [Depression Literacy - German Translation and Testing of the Depression Literacy Scale]. *Psychiatrische Praxis*, *45*(8), 412–419. https://doi.org/10.1055/s-0043-119245

Göppel, R. (2005). *Das Jugendalter: Entwicklungsaufgaben, Entwicklungskrisen, Bewältigungsformen*. *Pädagogik der Lebensalter: Bd. 4*. Kohlhammer. https://swbplus.bsz-bw.de/bsz115586482rez.htm

Gorczynski, P. F., Coyle, M. & Gibson, K. (2017). Depressive symptoms in high-performance athletes and non-athletes: a comparative meta-analysis. *British journal of sports medicine*, *51*(18), 1348–1354. https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096455

Gould, D., Lauer, L., Rolo, C., Jannes, C. & Pennisi, N. (2006). Understanding the role parents play in tennis success: a national survey of junior tennis coaches. *British journal of sports medicine*, *40*(7), 632-6; discussion 636. https://doi.org/10.1136/bjsm.2005.024927

Graham, A., Phelps, R., Maddison, C. & Fitzgerald, R. (2011). Supporting children's mental health in schools: teacher views. *Teachers and Teaching*, *17*(4), 479–496. https://doi.org/10.1080/13540602.2011.580525

Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F., Evans, K. & Groves, C. (2004). Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression: randomised controlled trial. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *185*, 342–349. https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.342

Gucciardi, D. F., Hanton, S. & Fleming, S. (2017). Are mental toughness and mental health contradictory concepts in elite sport? A narrative review of theory and evidence. *Journal of science and medicine in sport*, *20*(3), 307–311. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2016.08.006

Gulliver, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. (2012). Barriers and facilitators to mental health help-seeking for young elite athletes: a qualitative study. *BMC psychiatry*, *12*, 157. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-157

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Christensen, H., Mackinnon, A., Calear, A. L., Parsons, A., Bennett, K., Batterham, P. J. & Stanimirovic, R. (2012). Internet-based interventions to promote mental health help-seeking in elite athletes: an exploratory randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, *14*(3), e69. https://doi.org/10.2196/jmir.1864

Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J. & Stanimirovic, R. (2015). The mental health of Australian elite athletes. *Journal of science and medicine in sport*, *18*(3), 255–261. https://doi.org/10.1016/j.jsams.2014.04.006

Hänsel, F., Baumgärtner, S. D., Kornmann, J. & Ennigkeit, F. (2016). *Sportpsychologie*. Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-50389-8

Hellstedt, J. C. (1987). The coach/parent/athlete relationship. *The Sport Psychologist*, *1*(2), 151–160.

Hoyer, J. & Kleinert, J. (2010). Leistungssport und psychische Störungen. *Psychotherapeutenjournal*, *3*(2010), 252–260.

Hurley, D., Swann, C., Allen, M. S., Okely, A. D. & Vella, S. A. (2017). The role of community sports clubs in adolescent mental health: the perspectives of adolescent males' parents. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *9*(3), 372–388. https://doi.org/10.1080/2159676X.2016.1275751

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H.-U. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH) [Erratum to: Mental disorders in the general population. Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. *Der Nervenarzt*, *87*(1), 88–90. https://doi.org/10.1007/s00115-015-4458-7

Jensen, S. N., Ivarsson, A., Fallby, J., Dankers, S. & Elbe, A.-M. (2018). Depression in Danish and Swedish elite football players and its relation to perfectionism and anxiety. *Psychology of Sport and Exercise*, *36*, 147–155. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.02.008

Jorm, A. F. & Wright, A. (2007). Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *41*(8), 656–666. https://doi.org/10.1080/00048670701449179

Jowett, S. & Cockerill, I. (2003). Olympic medallists' perspective of the althlete–coach relationship. *Psychology of Sport and Exercise*, *4*(4), 313–331. https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00011-0

Junge, A. & Feddermann-Demont, N. (2016). Prevalence of depression and anxiety in top-level male and female football players. *BMJ open sport & exercise medicine*, *2*(1), e000087. https://doi.org/10.1136/bmjsem-2015-000087

Kaier, E., Cromer, L. D., Johnson, M. D., Strunk, K. & Davis, J. L. (2015). Perceptions of Mental Illness Stigma: Comparisons of Athletes to Nonathlete Peers. *Journal of College Student Development*, *56*(7), 735–739. https://doi.org/10.1353/csd.2015.0079

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S. & Ustün, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, *20*(4), 359–364. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32816ebc8c

Knight, C. J., Berrow, S. R. & Harwood, C. G. (2017). Parenting in sport. *Current opinion in psychology*, *16*, 93–97. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.011

Knight, C. J., Neely, K. C. & Holt, N. L. (2011). Parental Behaviors in Team Sports: How do Female Athletes Want Parents to Behave? *Journal of Applied Sport Psychology*, *23*(1), 76–92. https://doi.org/10.1080/10413200.2010.525589

Lebrun, F., MacNamara, À., Collins, D. & Rodgers, S. (2020). Supporting Young Elite Athletes With Mental Health Issues: Coaches' Experience and Their Perceived Role. *The Sport Psychologist*, *34*(1), 43–53. https://doi.org/10.1123/tsp.2019-0081

Lebrun, F., MacNamara, À., Rodgers, S. & Collins, D. (2018). Learning From Elite Athletes' Experience of Depression. *Frontiers in psychology*, *9*, 2062. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02062

Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine (1982)*, *71*(12), 2150–2161. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030

Markser, V. Z. & Bär, K.-J. (2019). *Seelische Gesundheit im Leistungssport: Grundlagen und Praxis der Sportpsychiatrie*. Schattauer. https://www.klett-cotta.de/media/14/9783608432060.pdf https://doi.org/Jürgen

Martin, S. B., Lavallee, D., Kellmann, M. & Page, S. J. (2004). Attitudes toward sport psychology consulting of adult athletes from the United States, United Kingdom, and

Germany. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, *2*(2), 146–160. https://doi.org/10.1080/1612197X.2004.9671738

Mazzer, K. R. & Rickwood, D. J. (2015a). Mental health in sport: coaches' views of their role and efficacy in supporting young people's mental health. *International Journal of Health Promotion and Education*, *53*(2), 102–114. https://doi.org/10.1080/14635240.2014.965841

Mazzer, K. R. & Rickwood, D. J. (2015b). Teachers' role breadth and perceived efficacy in supporting student mental health. *Advances in School Mental Health Promotion*, *8*(1), 29–41. https://doi.org/10.1080/1754730X.2014.978119

Mendenhall, A. N. & Frauenholtz, S. (2015). Predictors of mental health literacy among parents of youth diagnosed with mood disorders. *Child & Family Social Work*, *20*(3), 300–309. https://doi.org/10.1111/cfs.12078

Murphy, J. & Sullivan, P. (2021). Factors associated with coach–athlete conversations about mental health in intercollegiate sport. *International Journal of Sports Science & Coaching*, *16*(3), 509–518. https://doi.org/10.1177/1747954121993455

Nixdorf, I., Beckmann, J. & Nixdorf, R. (2020). Psychological Predictors for Depression and Burnout Among German Junior Elite Athletes. *Frontiers in psychology*, *11*, 601. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00601

Nixdorf, I., Frank, R., Hautzinger, M. & Beckmann, J. (2013). Prevalence of Depressive Symptoms and Correlating Variables Among German Elite Athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, *7*(4), 313–326. https://doi.org/10.1123/jcsp.7.4.313

O'Connor, M. & Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry research*, *229*(1-2), 511–516. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064

Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S. & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(3), 339–349. https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0

Powner, L. C. & Allendoerfer, M. G. (2008). Evaluating Hypotheses about Active Learning. *International Studies Perspectives*, *9*(1), 75–89. https://doi.org/10.1111/j.1528-3585.2007.00317.x

Radtke, S. & Coalter, F. (2007). *Sports schools: Eliteschulen des Sports ; ein internationaler Vergleich unter Einbeziehung von zehn Ländern* (1. Aufl.). *Wissenschaftliche Berichte und Materialien / Bundesinstitut für Sportwissenschaft: Bd. 2007,17*. Sportverl. Strauß.

Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A., Budgett, R., Campriani, N., Castaldelli-Maia, J. M., Currie, A., Derevensky, J. L., Glick, I. D., Gorczynski, P., Gouttebarge, V., Grandner, M. A., Han, D. H., McDuff, D., Mountjoy, M., Polat, A., . . . Engebretsen, L. (2019). Mental health in elite athletes: International Olympic Committee consensus statement (2019). *British journal of sports medicine*, *53*(11), 667–699. https://doi.org/10.1136/bjsports-2019-100715

Rice, S. M., Purcell, R., Silva, S. de, Mawren, D., McGorry, P. D. & Parker, A. G. (2016). The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, *46*(9), 1333–1353. https://doi.org/10.1007/s40279-016-0492-2

Richartz, A., Hoffmann, K. & Sallen, J. (2009). *Kinder im Leistungssport: Chronische Belastungen und protektive Ressourcen*. *Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport: Bd. 170*. Hofmann.

Richter-Werling, M. (2022). *Jahres- und Wirkungsbericht von Irrsinnig Menschlich 2021*. https://www.yumpu.com/de/document/read/66962655/jahres-und-wirkungsbericht-2021-von-irrsinnig-menschlich-ev

Rickwood, D. J., Deane, F. P. & Wilson, C. J. (2007). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical journal of Australia*, *187*(S7), S35-9. https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x

Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F. & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *19*(5), 731–739. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2008.00821.x

Rosenman, R., Tennekoon, V. & Hill, L. G. (2011). Measuring bias in self-reported data. *International journal of behavioural & healthcare research*, *2*(4), 320–332. https://doi.org/10.1504/IJBHR.2011.043414

Rüsch, N., Angermeyer, M. C. & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *20*(8), 529–539. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2005.04.004

Rüsch, N., Berger, M., Finzen, A. & Angermayer, M. C. (2004). Das Stigma psychischer Erkrankungen - Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie* (2. Aufl.). Urban & Fischer.

Sánchez-Miguel, P. A., Leo, F. M., Sánchez-Oliva, D., Amado, D. & García-Calvo, T. (2013). The Importance of Parents' Behavior in their Children's Enjoyment and Amotivation in Sports. *Journal of human kinetics*, *36*, 169–177. https://doi.org/10.2478/hukin-2013-0017

Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S. & Toussaint, J.-F. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PloS one*, *6*(5), e19007. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019007

Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L. & Bühner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology*, *6*(4), 147–151. https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000016

Schneider, W. & Lindenberger, U. (Hrsg.). (2018). *Entwicklungspsychologie* (8., überarbeitete Auflage). Beltz.

Schomerus, G. & Angermeyer, M. C. (2017). Changes of Stigma over Time. In W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Hrsg.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (S. 157–172). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-27839-1_9

Sebbens, J., Hassmén, P., Crisp, D. & Wensley, K. (2016). Mental Health in Sport (MHS): Improving the Early Intervention Knowledge and Confidence of Elite Sport Staff. *Frontiers in psychology*, *7*, 911. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00911

Shelemy, L., Harvey, K. & Waite, P. (2019). Supporting students' mental health in schools: what do teachers want and need? *Emotional and Behavioural Difficulties*, *24*(1), 100–116. https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1582742

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U. & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular psychiatry*, *27*(1), 281–295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7

Stambulova, N. B., Engström, C., Franck, A., Linnér, L. & Lindahl, K. (2015). Searching for an optimal balance: Dual career experiences of Swedish adolescent athletes.

*Psychology of Sport and Exercise*, *21*, 4–14. https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.08.009

Storch, E. A., Storch, J. B., Killiany, E. M. & Roberti, J. W. (2005). Self-reported psychopathology in athletes: a comparison of intercollegiate student-athletes and non-athletes. *Journal of sport behavior*, *28*(1).

Sundgot-Borgen, J. (1994). Risk and trigger factors for the development of eating disorders in female elite athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *26*(4), 414???419. https://doi.org/10.1249/00005768-199404000-00003

Sundgot-Borgen, J. & Torstveit, M. K. (2004). Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, *14*(1), 25–32. https://doi.org/10.1097/00042752-200401000-00005

Teques, P., Calmeiro, L., Rosado, A., Silva, C. & Serpa, S. (2019). Perceptions of Parenting Practices and Psychological Variables of Elite and Sub-Elite Youth Athletes. *Frontiers in psychology*, *10*, 1495. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01495

Thiel, A. (2014). Spitzensport und Gesundheit – eine Risikokultur im Fokus. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, *2014*(06). https://doi.org/10.5960/dzsm.2014.135

Thiemann, P., Legenbauer, T., Vocks, S., Platen, P., Auyeung, B. & Herpertz, S. (2015). Eating Disorders and Their Putative Risk Factors Among Female German Professional Athletes. *European Eating Disorders Review*, *23*(4), 269–276. https://doi.org/10.1002/erv.2360

Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H. & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and the predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, *18*(1), 108–118. https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00657.x

Vogel, D. L., Bitman, R. L., Hammer, J. H. & Wade, N. G. (2013). Is stigma internalized? The longitudinal impact of public stigma on self-stigma. *Journal of counseling psychology*, *60*(2), 311–316. https://doi.org/10.1037/a0031889

Wallner, J. (2020). Stigmatisierung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. In A. Riedel & S. Lehmeyer (Hrsg.), *Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit. Ethik im Gesundheitswesen* (S. 1–14). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_62-1

Watson, J. C. (2005). College Student-Athletes' Attitudes Toward Help-Seeking Behavior and Expectations of Counseling Services. *Journal of College Student Development*, *46*(4), 442–449. https://doi.org/10.1353/csd.2005.0044

Wittchen, H. U. & Jacobi, F. (2012, 14. Juni). *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?* DEGS Symposium, Robert Koch-Institut Berlin.

Wuerth, S., Lee, M. & Alfermann, D. (2004). Parental involvement and athletes' career in youth sport. *Psychology of Sport and Exercise*, *5*(1), 21–33. https://doi.org/10.1016/S1469-0292(02)00047-X

Yamaguchi, S., Foo, J. C., Nishida, A., Ogawa, S., Togo, F. & Sasaki, T. (2020). Mental health literacy programs for school teachers: A systematic review and narrative synthesis. *Early intervention in psychiatry*, *14*(1), 14–25. https://doi.org/10.1111/eip.12793

Yang, J., Peek-Asa, C., Corlette, J. D., Cheng, G., Foster, D. T. & Albright, J. (2007). Prevalence of and risk factors associated with symptoms of depression in competitive collegiate student athletes. *Clinical journal of sport medicine : official journal of the Canadian Academy of Sport Medicine*, *17*(6), 481–487. https://doi.org/10.1097/JSM.0b013e31815aed6b

Zobel. (1992). Spitzensport. In P. Röthig (Hrsg.), *Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport: Band 49/50. Sportwissenschaftliches Lexikon* (6. Aufl., S. 418–419). Hofmann.

# Anhänge

## Anhang A. Fragebögen

### Persönliche ID

Damit wir Ihre Angaben zum jetzigen Zeitpunkt Ihren Angaben im Anschluss an den Workshop zuordnen können, bitten wir Sie, eine individuelle ID anzulegen. Wir können mithilfe der ID keine Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen.

Die ID setzt sich wie folgt zusammen:

- Erste Stelle: Letzter Buchstabe des Vornamens Ihres Vaters
- Zweite Stelle: Zweiter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter
- Dritte und Vierte Stelle: Tag Ihres Geburtsdatums
- Fünfte Stelle: Anfangsbuchstabe Ihres Geburtsortes

Beispiel: Vater Martin, Mutter Kerstin Geburtstag 12.04., geboren in Dresden
Code (bitte Großbuchstaben verwenden): NE12D

Bitte geben Sie nun Ihre ID an:

### Geschlecht

- ○ Männlich
- ○ Weiblich
- ○ Divers

### Alter

### In welchem Verhältnis stehen Sie zu Nachwuchsleistungssportler:innen?

- ☐ Trainer:in
- ☐ Elternteil
- ☐ Lehrer:in
- ☐ Erzieher:in

## Wenn Sie Trainer:in oder ein Elternteil sind: in welcher Sportart sind Sie bzw. Ihr Kind aktiv?

## Waren oder sind Sie selbst im Leistungssport aktiv?

- Ja
- Nein

## Wie häufig waren Sie bereits mit dem Thema "psychische Erkrankungen" konfrontiert?

Beispielsweise weil jemand, den Sie kennen, oder Sie selbst betroffen waren oder weil Sie sich ausführlicher mit der Thematik beschäftigt haben.

- noch nie
- selten
- manchmal
- oft
- sehr oft

## Allgemeine Aussagen zu psychischen Erkrankungen

Bitte geben Sie im Folgenden an, wie sehr Sie den Aussagen über psychische Erkrankungen zustimmen.

| | Stimme völlig zu | Stimme eher zu | Weder noch | Stimme eher nicht zu | Stimme überhaupt nicht zu |
|---|---|---|---|---|---|
| Menschen mit psychischer Erkrankung können gesund sein, wenn sie es nur wollen und sich zusammenreißen würden. | ○ | ○ | | ○ | ○ |
| Eine psychische Erkrankung ist ein Zeichen persönlicher Schwäche. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Eine psychische Erkrankung ist keine wirkliche medizinische Krankheit. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Menschen mit psychischer Erkrankung sind gefährlich. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Es ist am besten, Menschen mit psychischer Erkrankung zu meiden, um solche Probleme nicht selbst zu entwickeln. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Wenn ich eine psychische Erkrankung hätte, würde ich es niemandem sagen. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Einen Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater aufzusuchen bedeutet, dass man nicht stark genug ist, seine eigenen Probleme zu bewältigen. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Wenn ich eine psychische Erkrankung hätte, würde ich keine Hilfe bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater suchen. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich glaube, dass die Behandlung einer psychischen Erkrankung durch einen Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater nicht effektiv wäre. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Spezifische Störungsbilder

**Nachfolgend werden Ihnen Fragen zu spezifischen Störungsbildern gestellt, die dann im Workshop thematisiert werden. Bitte geben Sie an, ob Sie die Aussagen für wahr oder falsch halten oder es nicht wissen.**

| | Wahr | Falsch | Weiß nicht |
|---|---|---|---|
| Menschen mit Depressionen sprechen oft abschweifend und zusammenhangslos. | ○ | | ○ |
| Schnelle Ermüdbarkeit kann ein Zeichen einer Angststörung sein. | ○ | ○ | ○ |
| Menschen mit Depressionen können sich schuldig fühlen, obwohl sie nichts falsch gemacht haben. | ○ | ○ | ○ |
| Rücksichtsloses und tollkühnes Verhalten sind übliche Zeichen einer Angststörung. | ○ | ○ | ○ |
| Verlust von Selbstvertrauen und geringes Selbstwertgefühl können Zeichen von Depressionen sein. | ○ | ○ | ○ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Reizbarkeit kann ein Zeichen einer Angststörung sein. | ○ | ○ | ○ |
| Nachtragend sein und anderen nicht vergeben können kann ein Zeichen einer Angststörung sein. | ○ | ○ | ○ |
| Menschen mit Angststörungen hören oft Stimmen, die nicht da sind. | ○ | ○ | ○ |
| Nicht auf die Fugen eines Fußwegs zu treten, kann ein Zeichen von Depressionen sein. | ○ | ○ | ○ |
| Sich zu viele Sorgen machen ist ein Hauptsymptom von Angststörungen. | ○ | ○ | ○ |
| Zu viel oder zu wenig Schlaf kann ein Zeichen von Depressionen sein. | ○ | ○ | ○ |
| Zu viel Essen oder den Appetit verlieren können Zeichen von Depressionen sein. | ○ | ○ | ○ |
| Angespannte Muskulatur kann ein Zeichen einer Angststörung sein. | ○ | ○ | ○ |
| Depressionen haben keinen Einfluss auf Gedächtnis und Konzentration. | ○ | ○ | ○ |
| Es kann ein Zeichen einer Angststörung sein, wenn man mehrere unterschiedliche Persönlichkeiten hat. | ○ | ○ | ○ |
| Infolge einer Depression kann es sein, dass Menschen sich langsamer bewegen oder ganz ruhelos sind. | ○ | ○ | ○ |
| Ein trockener Mund kann ein Zeichen einer Angststörung sein. | ○ | ○ | ○ |
| Der beste Weg, mit einer Angststörung umzugehen, ist sich alleine darum zu kümmern. | ○ | ○ | ○ |
| Klinische Psycholog:innen können Antidepressiva verschreiben. | ○ | ○ | ○ |
| Eine mittelgradige Depression stört das Leben einer Person genauso sehr wie eine körperliche Erkrankung. | ○ | ○ | ○ |
| Eine Generalisierte Angststörung zu entwickeln liegt nicht in der Familie. | ○ | ○ | ○ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Gemobbt oder schikaniert zu werden erhöht das Risiko, eine Angststörung zu entwickeln. | ○ | ○ | ○ |
| Viele berühmte Leute haben unter Depressionen gelitten. | ○ | ○ | ○ |
| Die meisten Menschen mit Depressionen müssen ins Krankenhaus eingeliefert werden. | ○ | ○ | ○ |
| Viele Behandlungen für Depressionen sind wirksamer als Antidepressiva. | ○ | ○ | ○ |
| Antidepressiva sind eine wirksame Behandlung für Angststörungen. | ○ | ○ | ○ |
| Bei Depressionen ist Beratung genauso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie. | ○ | ○ | ○ |
| Bei einer Angststörung ist Akupunktur genauso wirksam wie kognitive Verhaltenstherapie. | ○ | ○ | ○ |
| Bei leichten bis mittelschweren Depressionen ist kognitive Verhaltenstherapie genauso effektiv wie Antidepressiva. | ○ | ○ | ○ |
| Von all den alternativen und Lifestyle-Behandlungen für Depression, sind Vitamine wahrscheinlich die am hilfreichsten. | ○ | ○ | ○ |
| Das Lesen von Selbsthilfebüchern über kognitive Verhaltenstherapie ist nicht wirksam bei Angststörungen. | ○ | ○ | ○ |
| Menschen mit Depressionen sollten aufhören Antidepressiva zu nehmen, sobald sie sich besser fühlen. | ○ | ○ | ○ |
| Es ist kein Problem, die Einnahme von Antidepressiva plötzlich zu beenden. | ○ | ○ | ○ |
| Antidepressiva machen süchtig. | ○ | ○ | ○ |
| Antidepressiva wirken in der Regel sofort. | ○ | ○ | ○ |

## Umgang mit Betroffenen

Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, wie selbstsicher Sie sich im Umgang mit Personen mit psychischen Problemen fühlen.

*Wie Selbstsicher fühlen Sie sich damit, ...*

| | Gar nicht | Eher nicht | Mäßig | Ziemlich | Sehr |
|---|---|---|---|---|---|
| ... eine Person zu erkennen, die psychische Probleme hat. | ○ | ○ | ○ | | ○ |
| ... eine Person anzusprechen, die psychische Probleme hat. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... eine Person mit psychischen Problemen an einen professionellen Ansprechpartner zu verweisen. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ... eine Person mit psychischen Problemen zu unterstützen. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Ihr persönliches Feedback

Bitte geben Sie uns im Folgenden eine Einschätzung des Workshops.

| | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Weder noch | Stimme eher zu | Stimme völlig zu |
|---|---|---|---|---|---|
| Der Workshop war für mich praktisch relevant. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Die Struktur des Workshops war für mich nachvollziehbar. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Die Inhalte des Workshops waren für mich interessant. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Die Inhalte des Workshops waren für mich neu. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Ich habe mich während des Workshops wohlgefühlt. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Die Teilnahme am Workshop hat mir Spaß gemacht. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| Die praktischen Übungen habe ich als relevant und hilfreich empfunden. | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem Workshop?

| Sehr unzufrieden | Eher unzufrieden | Weder noch | Eher zufrieden | Sehr zufrieden |
|---|---|---|---|---|
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |

## Würden Sie den Workshop weiterempfehlen?

| Ja | Nein |
|---|---|
| ○ | ○ |

## Haben Sie noch offene Fragen, Anmerkungen oder Verbesserungsvorschläge?

**Anhang B.** Informationen zum Workshop

UNIVERSITÄT LEIPZIG

LIFENET Leipziger Initiative zur Förderung des Elite-Nachwuchses, denen Eltern und Trainer:innen

Institut für Psychologie
**Klinische Kinder- und Jugendpsychologie**
Prof. Dr. Julian Schmitz

29.08.2022

**Universität Leipzig**
Institut für Psychologie
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Neumarkt 9–19
04109 Leipzig

**Ansprechperson**
M. Sc. Johanna Kaiser

**Telefon**
0341 9735997

**E-Mail**
Johanna.kaiser@uni-leipzig.de

**Homepage**

**Liebe Trainer:innen, Eltern, Lehrer:innen und Erzieher:innen,**

Wir freuen uns sehr, dass Sie an unserem Workshop zum Thema „psychische Gesundheit im Nachwuchsleistungssport" teilnehmen möchten. Im Folgenden erhalten Sie wichtige Informationen zum Ablauf des Workshops, zur Datenerhebung und zum Datenschutz. Der Workshop wurde im Rahmen des LIFENET-Projekts der psychotherapeutischen Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche der Universität Leipzig entwickelt und wird nun erstmals für Sie angeboten.

Aus der Forschung wissen wir mittlerweile, dass Leistungssportler:innen mindestens genauso häufig von psychischen Erkrankungen betroffen sind wie andere Personen, die nicht aus dem Leistungssport kommen. Trotzdem ist das Thema gerade im Leistungssport nach wie vor mit viel Stigma besetzt und Leistungssportler:innen trauen sich oft nicht, über ihre Probleme zu sprechen. Als nahe Bezugspersonen und Verantwortliche für junge Nachwuchsathlet:innen können Sie einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass sich das ändert! Aus Studien und Umfragen wissen wir jedoch auch, dass das nahe Umfeld der Sportler:innen nur sehr selten über ausreichendes Wissen zu psychischen Erkrankungen verfügt und eine große Unsicherheit darüber herrscht, wie mit psychisch belasteten Sportler:innen umgegangen werden soll. Deshalb möchten wir in unserem Workshop Ihr Wissen und Ihre Kompetenzen verbessern, damit Sie selbstsicherer im Umgang mit Ihren Schützlingen werden. Der Workshop dauert circa zwei Stunden umfasst folgende Elemente:

- Informationen zu häufigen psychischen Störungen (Depression, Angst- und Essstörungen)
- Belastungen & Ressourcen von Leistungssportler:innen
- Frühwarnzeichen von psychischer Beanspruchung
- Umgang mit psychisch beanspruchten Sportler:innen
- Anlaufstellen und Hilfsangebote

Unser Anliegen ist nicht, Ihnen zwei Stunden lang frontal Wissen zu vermitteln. Vielmehr möchte wir Sie anregen, sich auszutauschen, von den Erfahrungen der anderen Teilnehmenden zu profitieren und Ihre Fragen und Unsicherheiten anzusprechen.

**Ablauf der Teilnahme**
Da der Workshop erstmals durchgeführt wird, interessiert uns natürlich dessen Ergebnis und wie zufrieden Sie mit dem Workshop sind. Deshalb ist eine Voraussetzung für die Teilnahme an unserem Workshop, dass Sie an der dazugehörigen Evaluation in Form von Online-Fragebögen ebenfalls teilnehmen. Wir werden Sie im Vorfeld des Workshops darum bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen. Den zweiten Fragebogen erhalten Sie direkt im Anschluss an den Workshop. Vier bis sechs Wochen nach Ihrer Teilnahme am Workshop bitten wir Sie ein drittes Mal um Ihre Teilnahme an der Befragung, um die Dauerhaftigkeit der angestrebten Ergebnisse zu überprüfen.
Den Link für die Online-Befragungen erhalten Sie jeweils per E-Mail. Jede einzelne Befragung wird hierbei nicht mehr als 10 bis 15 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, das Angebot stetig zu verbessern und es an die

Bedürfnisse und Vorstellungen aller Bezugspersonen von Leistungsathlet:innen anzupassen. Die Datenerhebung erfolgt pseudonymisiert, sodass wir anhand Ihrer Antworten keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person ziehen können. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Teilnahme erhalten Sie in den folgenden Abschnitten.

**Datenschutz**

Alle personenbezogenen Daten werden gemäß den geltenden rechtlichen Bestimmungen (DSGVO) vor unbefugter Offenbarung strikt geschützt. Die Daten werden ausschließlich für Auswertungen im Rahmen der Studie verwendet. Die Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie wird nach dem Erhalt getrennt von allen anderen personenbezogenen Daten aufbewahrt. Die Datenerfassung erfolgt in pseudonymisierter Form. Das heißt, dass eine nachträgliche Zuordnung der Daten zu einer bestimmten Person nur mit Hilfe eines individuellen „Schlüssels" möglich ist. Dieser Schlüssel wird von den Teilnehmenden selbst erstellt und kann daher von keiner anderen Person entschlüsselt werden. Anhand des Schlüssels kann das Forschungsteam lediglich die Fragebögen der verschiedenen Messzeitpunkte (vor dem Workshop, unmittelbar nach dem Workshop, vier bis sechs Wochen nach dem Workshop) einander zuordnen, sodass die Daten derselben Person zu den verschiedenen Zeitpunkten miteinander verglichen werden können. Welche Person die jeweiligen Antworten gegeben hat, ist für das Forschungsteam nicht nachvollziehbar. Nach der Datenanalyse wird das Pseudonym gelöscht. Ab diesem Zeitpunkt sind die Daten vollständig anonym, wonach keine Hinweise mehr auf einzelne Personen bestehen. Bis zum diesem Zeitpunkt haben die Teilnehmenden das Recht, Auskunft zu ihren Daten zu erhalten, einschließlich unentgeltlicher Überlassung einer Kopie, ggf. deren Berichtigung, Löschung oder eingeschränkter Verarbeitung (gemäß Art. 15, 16, 17 u. 18 DS-GVO) sowie Einwendung gegen die Nutzung der Daten für wissenschaftliche Zwecke zu erheben. Die anonymisierten Daten werden verschlüsselt maximal 10 Jahre aufbewahrt. Nur ausgewählten Personen wird der Zugang zu den anonymisierten Daten gewährt, die zur Verschwiegenheit – auch über das Ende der Studie hinaus – verpflichtet sind und dem Datengeheimnis unterliegen.
Der Datenschutzbeauftragte der Universität Leipzig und die Aufsichtsbehörde für den Datenschutz können jederzeit kontaktiert werden.
Datenschutzbeauftragter: 0341/9733600, dsb@uni-leipzig.de
Aufsichtsbehörde 0357/85471101, saechsdsb@slt.sachsen.de

**Datenübermittlung**

Es erfolgt keine Übermittlung Ihrer Daten an Dritte.

**Veröffentlichung**

Die Forschungsergebnisse werden in wissenschaftlich üblicher Form veröffentlicht. Wir sichern zu, dass aus den Veröffentlichungen keinerlei Rückschlüsse auf natürliche Personen möglich sind.

**Teilnahmebedingungen**

Die Teilnahme am gesamten Projekt ist freiwillig und kann jeder Zeit ohne Angabe von Gründen und ohne, dass hierdurch Nachteile für Sie entstehen, abgebrochen werden. Bitte beachten Sie, dass bei Abbruch des ersten Fragebogens keine Teilnahme am Workshop möglich ist.
Während des Workshops werden unterschiedliche psychische Störungen thematisiert. Es werden Erfahrungsberichte von Betroffenen gezeigt und es ist möglich, dass einige Teilnehmende ähnliche Erfahrungen aus ihrem Umfeld berichten. Es ist deshalb möglich, dass die Teilnahme zeitweilig einen unerwünschten Einfluss auf Ihr Befinden hat. Sollte dies der Fall sein, haben Sie während des Workshops oder auch danach jederzeit die Möglichkeit, sich an uns zu wenden. Das Teilen persönlicher Erfahrungen ist zu jedem Zeitpunkt freiwillig. Alle Teilnehmenden sowie die Workshopleiter:innen unterzeichnen zu Beginn des Workshops eine Verschwiegenheitsvereinbarung.

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, wenden Sie sich gerne telefonisch oder per E-Mail an:

**Johanna Kaiser**
Universität Leipzig
Fakultät für Lebenswissenschaften
Institut für Psychologie
Psychotherapeutische Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche
Neumarkt 9-19, 04109 Leipzig
Telefon: 0341 97-35997
E-Mail: johanna.kaiser@uni-leipzig.de

**Anhang C.** Fallbeispiele während des Workshops

## LIFENET WORKSHOP: ÜBUNG

**Beispiel 1:**

Paul ist 16 Jahre alt und spielt Fußball in der U17-Bundesliga. Obwohl er der jüngere Jahrgang in der U17 ist, spielt er jedes Spiel von Beginn an und wird als großes Talent gehandelt. Nach einer Knieverletzung fällt er jedoch mehrere Monate aus. Allerdings findet er nach der Zeit in der Reha nicht mehr zu seiner alten Form und muss Spieltag für Spieltag von der Bank aus zusehen. Das lange Warten und Rumsitzen frustrieren ihn sehr. Spieler, die früher deutlich schlechter waren als er, haben sich weiterentwickelt, während er im Rehatraining war und spielen nun auf seiner Position. Paul ist gereizt im Umgang mit den Teamkollegen und seinen Freunden und zieht sich immer mehr zurück. Er macht sich große Sorgen, ob er seine Form überhaupt wieder erreichen kann und zweifelt an sich selbst. Nachts kann er vor lauter Sorgen und Gedanken nicht schlafen. Sein Interesse am Fußball schwindet, auch sonst macht ihm nichts mehr Spaß und seine Stimmung wird immer gedrückter. In der Schule ist er ständig erschöpft, er kann sich nicht auf den Unterrichtsstoff konzentrieren und seine Noten werden zunehmend schlechter.

**Beispiel 2:**

Die 17-Jährige Emma ist leidenschaftliche Leichtathletin und konnte im letzten Jahr viele Erfolge feiern. Seit ihren Titeln bei der Jugend-WM spürt sie immer mehr Druck, an diese Erfolge anzuknüpfen und weiterhin besser zu werden. Vor einiger Zeit bekam sie nach dem Training in der Umkleide plötzlich Herzrasen, ihre wurde ganz schwindelig und sie hatte das Gefühl, keine Luft mehr zu bekommen. Sie stellte sich bei ihrem Hausarzt vor, doch EKG und Blutdruckmessungen waren unauffällig. Seitdem häufen sich diese plötzlichen Attacken, auch in der Schule oder wenn Emma unterwegs ist. Vor dem letzten Wettkampf war es so schlimm, dass sie nicht starten konnte.

**Beispiel 3:**

Julia turnt bereits seit sie 5 Jahre alt ist und hat jetzt, mit 15 Jahren, das große Ziel, zu den olympischen Spielen zu fahren. Um ihre Leistung zu optimieren, hat sie vor einem halben Jahr angefangen, ihre Nahrungsmenge stark einzuschränken. Mittlerweile isst sie weniger als 1000 kcal am Tag und hat deutlich abgenommen. Dabei orientiert und vergleicht sie sich ständig mit ihren Vorbildern und anderen Teamkolleginnen. Zunächst erlebte sie durch die Gewichtsabnahme eine Leistungssteigerung, mittlerweile ist Julia jedoch häufig erschöpft und ihre Leistung stagniert. In der Hoffnung, doch noch besser zu werden, isst sie in den folgenden Tagen noch weniger und bricht schließlich beim Training zusammen.

**Anhang D.** Handout zu Frühwarnzeichen, Kommunikationstipps und Anlaufstellen

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Institut für Psychologie
AG Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
für Kinder- und Jugendliche

LIFENET

**Workshop für Bezugspersonen zum Thema**

## Psychische Gesundheit im Nachwuchsleistungssport

### Checkliste: Psychische Belastung erkennen

- sozialer Rückzug
- übermäßige Gereiztheit oder Ungeduld
- Person wirkt oft unkonzentriert
- bedrückte Stimmung über längere Zeit
- allgemeine Negativ-Sicht der Dinge
- Selbstzweifel
- Plötzlicher Leistungsabfall
- Interesse am Sport nimmt ab
- körperliche Beschwerden (Schmerzen, Schlafprobleme, Dauerinfekte etc.) ohne somatische Ursache

**WICHTIG:**

- Betroffene können oft trotzdem in die Schule gehen, trainieren und den Alltag bewältigen
- Sportler:innen haben gelernt, trotz starken Belastung zu „funktionieren"
- Veränderungen sind deshalb häufig eher klein und verlaufen schleichend/fallen nicht sofort auf

### Einfluss des Umfelds:

*Negative und hemmende Aspekte:*

- „Erfolg um jeden Preis"-Einstellung
- Gefühl, durch den Trainer/Verband ungerecht behandelt zu werden
- Exzessive Gewichtskontrolle
- Sexueller Missbrauch
- Druck, sich bereits in jungem Alter auf Sport zu fokussieren/spezialisieren
- Druck, trotz Verletzungen an Training und Wettkampf teilzunehmen bzw. teilnehmen zu müssen
- Druck, auf akademische Ausbildung und auf Freundschaften außerhalb des Sports zu verzichten

*Positive und protektive Aspekte:*

- Wertbasierte und klare Aussagen des sozialen Umfelds, die Sportler:innen als Person fördern und ihnen auch neben dem Sport weitere Identitäten erlauben
- Anerkennung der Person hinter der/dem Sportler:in ist ergebnisunabhängig und nicht abhängig vom sportlichen Erfolg

### Kommunikationstipps

- Gespräch gut vorbereiten
  - Geeignete Zeit und Ort wählen
- Eigene Stimmung berücksichtigen Klar und wertschätzend einsteigen
  - Ich-Botschaften: *„Ich mache mir Sorgen um dich"*
  - Beobachtungen: *„Ich habe in letzter Zeit bemerkt, dass…"*
  - Keine Vermutungen oder Diagnosen!
- Zuhören und Mitgefühl zeigen
  - Offene Fragen: *„Was beschäftigt dich?"*
  - Empathie: *„Ich kann verstehen, dass dich das belastet!"*
- Keinen Druck ausüben, Schweigen aushalten
  - Person ist vielleicht nicht bereit oder bricht Gespräch ab
  - Ablehnung ist nichts Persönliches
  - Evtl. zu einem späteren Zeitpunkt nochmal versuchen
- Kontakt anbieten, aber eigene Grenzen wahren und auf Hilfsangebote verweisen!
  - *„Du kannst gerne wieder mit mir darüber sprechen, wenn du magst"*
  - *„Ich habe das Gefühl, ich kann dir nicht ausreichend helfen. Hast du schon mal darüber nachgedacht, mit einer Fachperson zu sprechen?"*

**WICHTIG:**

- Sie sind nicht die Fachleute!
- Im ersten Moment Hilfe und Unterstützung anbieten ist gut und wichtig.

Bei deutlicher Belastung ist jedoch die gezielte Weitervermittlung sowohl für die Sportler:innen als auch für Sie selbst hilfreicher.

**Anlaufstellen & Unterstützungsangebote in Leipzig**

- Johanna Kaiser (LIFENET-Projekt der Universität Leipzig)
  - E-Mail: johanna.kaiser@uni-leipzig.de
  - Telefon: +49 341 9735997

- Dr. med. Daniel Fischer: Experte für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie
  - E-Mail: psychotherapie_doktorfischer@gmx.de
  - Telefon: +49 341 24802206

- Oliver Leis: Sportpsychologische Betreuung der Universität
  - E-Mail: sportpsychologische.betreuung@uni-leipzig.de
  - Telefon: +49 341 9731780

**Websites:**

- Beratungshotline „Seelische Gesundheit" der Robert-Enke-Stiftung (Telefon: 0241 8036777)

- Initiative „Mental gestärkt"

- Referat für Sportpsychiatrie und Sportpsychotherapie der DGPPN

**Literaturempfehlung:**

Prof. Dr. med. Frank Schneider: Depressionen im Sport.
Der Ratgeber für Sportler, Trainer, Betreuer und Angehörige. Herbig Verlag.
ISBN: 3776627158

**Videos:**

- Berichte betroffener Sportler:innen
- Relatives Energie-Defizit-Syndrom (RED-S)

**Anhang E.** Handout zu Depressionen, Angststörungen und Essstörungen

UNIVERSITÄT LEIPZIG

**Institut für Psychologie**
**AG Klinische Kinder- und Jugendpsychologie**
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
für Kinder- und Jugendliche

LIFENET

## Übersicht: Einzelne psychische Störungen

### 1. Depressionen

**Hauptsymptome**

→ Depressive, traurige Grundstimmung
→ Interessenverlust, Freudlosigkeit
→ Verminderter Antrieb, Energielosigkeit

**Weitere Symptome**

- Verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Vorwürfe
- Pessimistische Zukunftsperspektive, suizidale Gedanken
- Schlafstörungen, verminderter (oder gesteigerter) Appetit
- Veränderter Bewegungstonus

**Klassifikation**

- Unterscheidung in leichte, mittelgradige und schwere depressive Episode
- Wiederholte depressive Episoden → Rezidivierende depressive Störung
- Abgrenzung vom Übertrainingssyndrom wichtig!
  - Übertrainingssyndrom = Zustand chronischer Überlastungsreaktion mit Gefühl von Erschöpfung, verzögerte Erholung und nachlassende Leistungsfähigkeit trotz anhaltendem oder gesteigertem Trainingsaufwand
  - Symptomatische Überschneidungen und fließender Übergang zur Depression, ABER unterschiedliche Interventionen notwendig

### 2. Angststörungen

**Gemeinsamkeiten vieler Angststörungen**

→ Erleben starker Angst oder Furcht mit entsprechenden physiologischen Erregungszuständen
→ Vermeidungsverhalten
→ häufig starke Beeinträchtigungen im Alltag

**Klassifikation**

| | |
|---|---|
| *Agoraphobie* | ➢ Angst vor Situationen, in denen es vermeintlich keine Fluchtmöglichkeiten oder Hilfe gibt, z.B. große Menschenmengen, öffentliche Verkehrsmittel, öffentliche Plätze |
| *Panikstörung* | ➢ wiederholte, plötzlich auftretende Panikattacken (= Episoden intensiver Angst mit körperlichen Symptomen wie Herzrasen, Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, ...) |
| *Spezifische Phobie* | ➢ Angst vor bestimmten Objekten oder Situationen, z.B. Tiere, Gewitter, Höhe |
| *Soziale Phobie* | ➢ Angst, im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, von anderen Menschen als merkwürdig, peinlich oder lächerlich empfunden zu werden |
| *Generalisierte Angststörung* | ➢ andauernde Angst, die nicht an bestimmte Auslöser gekoppelt ist, allgemeine Sorgen, z.B. bzgl. Gesundheit, Beruf, Familie |

**Sportspezifische Ängste:**

- Wettbewerbsangst
- Verletzungsfurcht und Wiederverletzungsangst

UNIVERSITÄT LEIPZIG

**Institut für Psychologie**
**AG Klinische Kinder- und Jugendpsychologie**
Psychotherapeutische Hochschulambulanz
für Kinder- und Jugendliche

LIFENET

## 3. Essstörungen

→ Hinweise darauf, dass Leistungssportler:innen deutlich häufiger betroffen sind
→ besonders hohes Risiko in ästhetischen Sportarten, Ausdauersportarten und Gewichtsklassesportarten

**Klassifikation**

| | |
|---|---|
| *Anorexia nervosa (Magersucht)* | ➢ absichtlich herbeigeführter Gewichtsverlust durch sehr geringe Nahrungsaufnahme, übertriebene körperliche Aktivitäten<br>➢ übertriebene Sorge um Körperform und Gewicht, Körperschemastörung<br>➢ endokrine und metabolische Veränderungen |
| *Bulimia nervosa (Ess-Brecht-Sucht)* | ➢ wiederholte Anfälle von Heißhunger, Essanfälle mit Kontrollverlust und anschließendes Erbrechen/Gebrauch von Abführmitteln<br>➢ übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts<br>➢ Elektrolytstörungen, körperliche Komplikationen |

<u>Sportspezifische Formen:</u>

| | |
|---|---|
| *Anorexia athletica* | ➢ sportspezifische, gewollte Essstörung mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit zu steigern, nicht aus Sorge vor dem Dicksein |
| *Athletinnen-Trias* | ➢ durch unzureichende Ernährung kommt es zu verringertem Energieniveau, Osteoporose und Ausbleiben der Periode |
| *Exercise Bulimie* | ➢ nach Essanfällen und Hungerattacken wird Trainingsintensität und Trainingshäufigkeit gesteigert |
| *Adipositas Athletica* | ➢ deutlich erhöhtes Körpergewicht und Fettanteil, kommt vor allem im Sumoringen und Langstreckenschwimmen vor |

**Selbständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder aus anderweitigen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

**Angaben zu den Beiträgen anderer Personen zur vorliegenden Abschlussarbeit:**
Der Workshop wurde in Zusammenarbeit mit der Leiterin des LIFENET-Projekts, Johanna Kaiser, konzipiert und durchgeführt.

Leipzig, den 03.07.2023

Katja Johne