



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Mentale Belastung und deren Symptomausprägungen
bei professionellen FußballspielerInnen“

verfasst von / submitted by

Fabian Decker, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Meine Dankbarkeit möchte ich hiermit all jenen Menschen aussprechen, die mich auf meinem Weg zu diesem Ziel begleitet und in irgendeiner Form unterstützt haben:

Meinen Eltern, für ihre hilfreiche Art und Weise mir zur Seite zu stehen, bei Fragen immer ein offenes Ohr für mich zu haben und mir bei Entscheidungen den Rücken zu stärken.

Meiner gesamten Familie, für jeglichen Beistand in Form von Zeit, Aufmunterung und Hilfestellungen zum Erreichen des jeweils nächsten Abschnitts.

Meinen Freunden, die diese intensive Zeit des Studiums auch zu einer abwechslungs- und erlebnisreichen Phase meines Lebens gemacht haben.

Meinen StudienkollegInnen, ohne die ich noch bei Weitem nicht an diesem Punkt stehen würde, an dem ich jetzt bin.

Meinen Mannschaftskollegen und Weggefährten in der Welt des Fußballs und jeder Person, die an der Umfrage für meine Masterarbeit teilgenommen hat, sie bekannt gemacht oder weitergeleitet hat.

Meinem Masterarbeitsbetreuer und seinem Team, für die Offenheit mein selbst gewähltes Themengebiet erforschen zu können und ihre Unterstützung beim Prozess des finalen Studienabschnitts.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	2
2.1 Stressoren und Risikofaktoren.....	2
2.2 Protektive Faktoren.....	3
2.3 Alter	5
2.4 Geschlechtsunterschiede	5
2.5 Diagnostik und subklinische Perspektive	6
2.6 Stigma	7
2.7 Versorgungssituation	7
2.8 Prävalenz	9
2.9 Relevanz der Studie	10
3 Fragestellungen und Hypothesen	11
4 Methodik.....	15
4.1 Untersuchungsdesign	15
4.2 Stichprobe	16
4.2.1 Stichprobengenerierung	16
4.2.2 Stichprobenbeschreibung	17
4.3 Untersuchungsinstrumente	18
4.3.1 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12)	18
4.3.2 Resilienzskala (RS-13)	18
4.3.3 Distress Screener	19
4.3.4 Stressoren	20
4.4 Untersuchungsdurchführung	21
4.5 Statistisches Vorgehen	22
4.5.1 Pfad-Diagramm.....	23
5 Ergebnisse	24
5.1 Voranalyse.....	24
5.2 Reliabilitätsanalyse	25
5.3 Deskriptive Statistiken der Skalen	25
5.4 Deskriptive Statistiken der Stressoren	26
5.5 Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen	28
5.5.1 Ergebnisse der Fragestellung 1	28
5.5.2 Ergebnisse der Fragestellung 2	29
5.5.3 Ergebnisse der Fragestellung 3	29
5.5.4 Ergebnisse der Fragestellung 4	30
5.5.5 Ergebnisse der Fragestellung 5	30
5.5.6 Ergebnisse der Fragestellung 6	31

5.5.7 Ergebnisse der Fragestellung 7.....	32
5.5.8 Ergebnisse der Fragestellung 8.....	32
5.5.9 Ergebnisse der Fragestellung 9.....	33
6 Diskussion	33
6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	33
6.1.1 Zusammenhang zwischen Stressoren und Distress sowie Einfluss von Resilienz.	34
6.1.2 Zusammenhang zwischen Stressoren und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression sowie Einfluss von Resilienz.....	35
6.1.3 Zusammenhang zwischen Distress und Resilienz.....	36
6.1.4 Zusammenhang zwischen Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz.	36
6.2 Einbettung in die Literatur.....	36
6.3 Limitationen	38
6.4 Ausblick und Implikationen für Forschung und Praxis	40
6.5 Conclusio.....	41
Literaturverzeichnis.....	43
Abbildungsverzeichnis	46
Tabellenverzeichnis.....	46
Abstract (Deutsch)	46
Abstract (English).....	47

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren rückte das Thema mentale Gesundheit und deren Risikofaktoren im professionellen Sportbereich immer mehr in den Mittelpunkt. Über einen langen Zeitraum wurde die Annahme vertreten, dass sich nur die emotional stabilen AthletInnen auf dem höchsten kompetitiven Niveau einer Sportart durchsetzen können. Dabei sind gerade LeistungssportlerInnen auch einer extremen Breite an verschiedensten Stressoren ausgesetzt (Moesch et al., 2018). Während über physische Verletzungen des menschlichen Körpers genügend Information vorhanden ist, sind die Auswirkungen von belastenden externalen wie auch internalen Faktoren auf die Psyche von professionellen FußballspielerInnen noch nicht ausreichend erforscht. Durch tragische Ereignisse und mediale Berichterstattungen von AthletInnen, die über psychische Störungen oder den Leistungsdruck klagen, wird eine größere Anzahl an Menschen auf das Problem der mentalen Belastung bei LeistungssportlerInnen aufmerksam. Berühmte Beispiele für professionelle FußballspielerInnen mit psychischen Erkrankungen sind: Gianluigi Buffon, Robert Enke, Andrés Iniesta, Sebastian Deisler und Hope Solo. Dies legt nahe, dass auch in den stärksten internationalen Spielklassen des Fußballs, die ProtagonistInnen mentaler Belastung ausgesetzt sind. Doch trotzdem bleibt das Stigma bezüglich mentaler Störungen unter professionellen FußballspielerInnen aufrechterhalten. Viele SportlerInnen sorgen sich um ihre Reputation und haben Angst vor negativen Auswirkungen auf ihre Karriere, wenn sie sich zu dem empfundenen Druck und den damit verbundenen Folgen äußern würden. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse von Wittchen und Hoyer (2011), die in der Normalbevölkerung von einer Lebenszeitprävalenz von 22% für depressive Symptomaten ausgehen, erscheint es plausibel, dass auch die Population der professionellen FußballspielerInnen davon nicht ausgenommen sind. Während jedoch die Ätiologie und Prävalenz der Depression in der allgemeinen Bevölkerung schon relativ weit erforscht ist, ist man beim populärsten und medial am meisten übertragenen Teamsport der Welt noch weit davon entfernt (Kristiansen, Halvari & Roberts, 2012). Die permanente Überwachung der sportlichen Performance wie auch dem Privatleben durch JournalistInnen wird von vielen professionellen FußballspielerInnen als übergriffig wahrgenommen. Dass manchen Beiträgen in den Medien jegliche Faktenlage entbehrt stellt für die AthletInnen eine zusätzliche Belastung dar (Kristiansen et al., 2012). Des Weiteren ist auch Resilienz ein Trendbegriff, der in den Medien frequent verwendet wird und in

diversen Coachings nicht fehlen darf. Die psychische Widerstandsfähigkeit kann Menschen helfen über kritische Lebensphasen hinwegzukommen und belastende Situationen zu bewältigen. Ob professionelle SportlerInnen ebenso wie Menschen in der Normalbevölkerung davon profitieren und deshalb die vielseitigen Stressoren ihres Berufs leichter kompensieren können ist noch nicht vollends geklärt (Gulliver, Griffiths, Mackinnon, Batterham & Stanimirovic, 2015). Es wäre möglich, dass für manche FußballspielerInnen die tägliche Bewegung und das Ausüben von Sport in einem sozialen Setting die Prävalenz von mentalen Belastungen im Gegensatz zur Normalbevölkerung deutlich mindert. Im Gegensatz dazu, existieren aber auch mehrere Stressoren im professionellen Sportberuf, die im Arbeitsalltag von durchschnittlichen Personen nicht vorkommen. Deshalb ist es relevant, die vielseitigen Risikofaktoren und deren Bewältigungsmöglichkeiten dieser Sportart tiefgreifender zu erforschen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Stressoren und Risikofaktoren

In einer Metaanalyse zu unterschiedlichen beeinträchtigenden Faktoren, bei der 34 Studien berücksichtigt wurden, berichten Arnold und Fletcher (2012) von bis zu 600 distinkten Stressoren denen SportlerInnen ausgesetzt sind. Dazu gehören unter anderem mentale und physische Investitionen, das steigende mediale Interesse und der damit einhergehende permanente Leistungsdruck. Weiters setzen sich berufliche SportlerInnen auch einem größeren Risiko aus, sich während der Arbeit, in diesem Fall während des Trainings oder eines Fußballspiels, zu verletzen. Gouttebarger, Aoki und Kerkhoffs (2015) beziffern in ihrer Studie das Verletzungsrisiko als bis zu 1000 Mal höher bei männlichen Fußballspielern als bei einer industriellen Arbeiterin oder einem industriellen Arbeiter, welche/r einen Job ausübt, der als Arbeitsplatz mit einem hohen Risiko für Berufsverletzungen eingestuft wird. Kurz- oder langfristig führt dies bei den meisten AthletInnen zu Stress. Lazarus und Folkman (1984) definierten Stress als eine Unausgeglichenheit zwischen den Anforderungen einer Situation und den Ressourcen einer Person. Stressoren wären in diesem Sinne negative Stimuli aus der Umwelt, die einem Menschen widerfahren und auf die sich dieser einstellen muss. Es wird dabei zwischen Eustress und Distress unterschieden (Gerrig & Zimbardo, 2008). Eustress beschreibt einen Zustand von positiver Angespanntheit und emotionaler Erregung, wie zum Beispiel beim Verfolgen eines wichtigen sportlichen Wettkampfs. Distress hingegen zeichnet sich durch ein Gefühl der Überforderung und einem unangenehmen

Spannungszustand aus. Ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor ist die strikte Lebensausrichtung der beruflichen AthletInnen auf ihren Arbeitsbereich. In Frankreich zum Beispiel haben nur 48.2% der männlichen professionellen Fußballspieler eine weiterführende Ausbildung nach der verpflichtenden Grundschulzeit abgeschlossen (Gouttebarga, Backx, Aoki & Kerkhoffs, 2015). Viele SpielerInnen verschreiben sich so sehr ihrer Profession, dass es für sie schwierig ist, sich neben dem Beruf als FußballspielerIn eine weitere Identität aufzubauen. Dass sich dies bei einer langwierigen Verletzung negativ auf die mentale Gesundheit der SportlerInnen auswirkt, ist nicht zu hinterfragen. Besonders wenn solche schwergradigen Verletzungen ein Karriereende zur Folge haben, ist dies für professionelle AthletInnen ohne weitere Ausbildung ein Schicksalsschlag (Gouttebarga, Frings-Dresen & Sluiter, 2015). Auch die Übergangszeit vom Ende der professionellen Laufbahn und dem weiteren beruflichen Werdegang ist für FußballspielerInnen eine nicht zu vernachlässigende Belastung. Gouttebarga und Frings-Dresen et al. (2015) führten unter anderem auch das erloschene mediale Interesse nach der Karriere als Risikofaktor für Distress an. Weitere begünstigende Faktoren für eine mentale Erkrankung sind Perfektionismus, ungünstige soziale Hierarchien innerhalb der Mannschaft, emotionale Niederlagen oder schlechte Leistungsperformance (Jensen, Ivarsson, Fallby, Dankers & Elbe, 2018).

2.2 Protektive Faktoren

Neben den oben angegebenen Risikofaktoren spielen jedoch auch protektive Faktoren eine wichtige Rolle, ob es zur Manifestierung einer mentalen Erkrankung oder zur erfolgreichen Bewältigung einer problematischen Situation kommt. Resilienz wird von Wittchen und Hoyer (2011) wie folgt beschrieben:

Als Resilienz wird die Fähigkeit einer Person bezeichnet, auch in Gegenwart von extremen Belastungsfaktoren und ungünstigen Lebenseinflüssen adaptiv und proaktiv zu handeln. Das heißt, resiliente Menschen können auch bei negativen Lebensereignissen in Gegenwart von Risikofaktoren und bei hoher Vulnerabilität oft eine erfolgreiche Anpassung an veränderte Bedingungen erreichen. Beispiele für protektive Faktoren, die resilienzsteigernd wirken können, sind eine vertrauensvolle Beziehung (»social support«), z. B. im familiären Kontext, eine gute Einbettung im Kreis der Gleichaltrigen, ein breites

Spektrum von Fähigkeiten und Fertigkeiten sozialer und leistungsbezogener Art und gute soziale und sozioökonomische Rahmenbedingungen. (Wittchen & Hoyer, 2011, S.22).

Die angeführten Beispiele sind eher externe Umstände, auf die ein Individuum zurückgreifen kann. Jacelon (1997) postulierte in ihrer Studie auch interne Persönlichkeitsmerkmale die zur Resilienz beitragen. Dazu gehören eine hohe Selbstständigkeit, überdurchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten und ausgeprägtes Selbstbewusstsein. Des Weiteren können auch ein fester religiöser Glaube und eine hohe Wertschätzung der eigenen Person protektive Faktoren sein (Jacelon, 1997). Fletcher und Sarkar (2012) untersuchten in ihrer Studie die psychologische Resilienz bei acht männlichen und vier weiblichen OlympiasiegerInnen. Durch Interviews fanden auch sie Persönlichkeitseigenschaften und externale Faktoren, weshalb die AthletInnen sich vor potenziellen negativen Umwelteinflüssen schützen konnten und so beim Wettkampf ihre beste Leistung abrufen konnten. Die Autoren nannten eine positive Persönlichkeit, hohe Motivation, Selbstvertrauen, starker Fokus auf das Ziel sowie die wahrgenommene soziale Unterstützung aus dem Umfeld der professionellen AthletInnen als wichtige Punkte auf ihrem Weg zum Sieg.

Ein weiterer Faktor beim Umgang mit Stressoren ist das Copingverhalten oder auch die wahrgenommene eigene Handlungskompetenz (Wittchen & Hoyer, 2011). Lazarus und Folkman (1984) definierten Coping als kognitiven und verhaltensbasierten Prozess, um internale und externale Anforderungen, welche als einschränkend erlebt werden, bewältigen zu können. Effektive Copingstrategien ermöglichen es Personen flexibel über verschiedene Situationen hinweg effizient zu reagieren. Laut Gerrig und Zimbardo (2008) können dies verhaltensbezogene, emotionale oder auch motivationale Reaktionen und Denkweisen sein. Eine hilfreiche Auswahl an Bewältigungsfertigkeiten korreliert stark mit einem hohen Ausmaß an Selbstkontrolle und Selbsteffizienz. Im Artikel von Fletcher und Sarkar (2012) werden Interventionen zum Resilienztraining vorgeschlagen. Die Autoren postulieren, dass verschiedene Strategien wie das Erfassen der Selbsteinschätzungen der LeistungssportlerInnen, das Minimalisieren von negativen Gedankengängen, die kognitive Restrukturierung und das Bearbeiten von Versagensängsten helfen kann, in Drucksituationen resilient zu reagieren. Dabei kann ein Mentoring mit ExpertInnen,

welche selbst schon in ähnlichen Wettkampfsituationen waren, und dabei gewonnen haben oder auch Gespräche mit psychosozialen BeraterInnen hilfreich sein.

2.3 Alter

Neben den bereits genannten protektiven und Risikofaktoren scheint auch das Alter eine einflussreiche Rolle im Erleben von ängstlichen und depressiven Symptomen zu spielen. Bei der Studie von Jensen et al. (2018) zu Depression bei männlichen Profi-Fußballspielern aus Schweden und Dänemark und deren Beziehung zu Perfektionismus und Ängstlichkeit konnte eine signifikante negative Korrelation zwischen dem Alter und den interessierenden Studienvariablen gefunden werden. Die jüngeren Athleten (16 bis 18 Jahre), welche meistens in der Jugend der Proficlubs ausgebildet werden und permanent unter dem Druck stehen, bessere Leistungen als ihre Teamkollegen zu zeigen, um in die Mannschaft der Erwachsenen aufsteigen zu können, erreichten durchschnittlich höhere Depressionswerte als die befragten Erwachsenen (> 18 Jahre). Von den jugendlichen Leistungssportlern zeigten 28% depressive Symptome, wohingegen dies nur bei zehn Prozent der erwachsenen Spieler der Fall war. Dies lässt sich auch in einem Vergleich mit der Normalbevölkerung beobachten. Auch dort ist die Prävalenz für depressive Symptome bei jungen Erwachsenen höher als bei der Gruppe der älteren Probanden (Wittchen & Hoyer, 2011). Der Unterschied bei einer Person, welche eine Sportart hauptberuflich ausübt, liegt jedoch auch darin, dass eine durchschnittliche professionelle Karriere nur 12 Jahre dauert. SportlerInnen sind deshalb im Vergleich zur Allgemeinpopulation, die längste Zeit ihrer aktiven Karriere junge Erwachsene, bei denen die Prävalenz deutlich höher ist (Gulliver et al., 2015). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sowohl bei Untersuchungen in der durchschnittlichen Bevölkerung wie auch bei professionellen AthletInnen herausgefunden wurde, dass jüngere ProbandInnen eher an einer psychischen Erkrankung leiden.

2.4 Geschlechtsunterschiede

Foskett und Longstaff (2017) gehen in ihrer Untersuchung laut einer Schätzung der World Health Organisation (WHO), von einer Prävalenz von 4.4% für Depression und 3.6% für Formen der Angststörung bei der Allgemeinpopulation aus. In der Studie der AutorInnen zur mentalen Gesundheit von weiblichen und männlichen professionellen Athleten im Vereinigten Königreich zeigten fast die Hälfte (47.8%) der 138 befragten ProbandInnen, die alle im professionellen Sportbereich tätig waren, Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression (Foskett & Longstaff, 2017). Häufiger als die

männlichen Personen (42.9%) waren mit 54.1% die weiblichen Studienteilnehmerinnen betroffen. Außerdem erreichten 26.8 Prozent der Stichprobe den Cut-Off Wert für Distress, welcher sich durch negative Gedanken, sich Sorgen machen und akutem Stress definiert. Es konnten sowohl signifikante Korrelationen zwischen Geschlecht und Distress als auch zwischen Karriereunzufriedenheit und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression gefunden werden. Bei weiblichen Teilnehmern lag zu 39.3% das Erleben von Distress vor, während dies bei männlichen Probanden nur bei 17.3% der Fall war. Von den AutorInnen wird als Limitation der Studie angeführt, dass wahrscheinlich Personen, welche an einer mentalen Erkrankung leiden, eher gewillt waren den Fragebogen auszufüllen, als SportlerInnen, welche noch keine Erfahrung mit mentalen Belastungen gemacht haben. Zusammenfassend empfehlen die AutorInnen, dass schon früh mit dem Erfassen von Distress und Karriereunzufriedenheit begonnen werden sollte, um bei mentaler Belastung präventiv vorgehen zu können, bevor sich eine Störung bei den SportlerInnen entwickelt (Foskett & Longstaff, 2017).

2.5 Diagnostik und subklinische Perspektive

Eine Herausforderung ist die Unterscheidung von klinischen Diagnosen nach der International Classification of Diseases (ICD-11) oder dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) und subklinischen mentalen Beeinträchtigungen, welche nicht alle Voraussetzungen einer formalen Diagnose erfüllen, aber trotzdem mit großem Leidensdruck einhergehen (Moesch et al., 2018). Daraus ergeben sich sowohl für die Forschung als auch für praktische Implikationen Folgen. Zum einen ist es im wissenschaftlichen Setting nicht immer möglich, alle relevanten Faktoren zu untersuchen, welche zu einer klinischen Diagnose nach ICD-11 oder DSM-5 benötigt werden würden. Zum anderen wird durch die eingeschränkte Diagnostik auch die Behandlung der Personen mit mentaler Belastung erschwert. Die Forschungen in diesem Spektrum gehen daher beim Begriff von mentaler Befindlichkeit von einem Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit aus. Diesem Prinzip folgt auch die vorliegende Studie bei dem Erfassen von Symptomen von Ängstlichkeit/Depression. Die mentale Belastung wird nicht als diagnostizierte Erkrankung definiert, sondern als Zustand mit beeinträchtigendem Leidensdruck. Diese Unterscheidung wird von mehreren AutorInnen in der vorgestellten Literatur verfolgt (Gouttebarga, Backx et al., 2015; Gulliver et al., 2015).

2.6 Stigma

Hinzu kommt die Herausforderung für die AthletInnen, sich selbst, dem Trainerstab und seinem/ihrem sozialen Umfeld gegenüber, zuzugeben dass Hilfe bezüglich einer psychischen Problemstellung benötigt wird. Mit dem in der Sportkultur vorherrschenden Ideal von emotionaler Stärke und extremer Belastbarkeit sollten Anzeichen von Schwäche und Verwundbarkeit eigentlich nicht nach außen hin kommuniziert werden. Folgen könnten der Verlust des Stammplatzes in der Mannschaft, das Einbüßen von Reputation und Schwierigkeiten beim Finden eines potenziellen neuen Vereins sein. Moesch et al. (2018) berichteten in ihrem Artikel bezüglich der Prävalenz und den Versorgungssystemen für professionelle AthletInnen von einer größeren Tendenz dazu, kein hilfesuchendes Verhalten zu zeigen als die Normalpopulation. Um das Vorherrschen des Stigmas zu verdeutlichen, zeigten die befragten ProbandInnen auch eine weniger positive Attitüde gegenüber hilfesuchendem Verhalten als gleichaltrige Peers, welche keine professionellen FußballspielerInnen waren. Laut den AutorInnen sind mentale Beeinträchtigungen bei SportlerInnen, unter anderem aufgrund ihrer multidimensionalen Natur, noch immer nicht genügend untersucht und lassen sich deshalb weder klar definieren noch gegenüber anderen Störungen abgrenzen. Des Weiteren sind auch sportspezifische psychische Erkrankungen in der Forschung noch nicht genügend berücksichtigt worden, um deren Auswirkungen auf professionelle AthletInnen richtig einschätzen zu können. Dazu zählen Stimmungsstörungen infolge von zu häufigem Training ohne die nötigen Ruhephasen oder auch Depressionen, welche durch erlittene Gehirnerschütterungen induziert wurden (Moesch et al., 2018).

2.7 Versorgungssituation

Gulliver et al. (2015) berichteten von 46.4% der untersuchten australischen AthletInnen ($N = 224$), welche zumindest eine Symptomatik aufwiesen, die auf eine mentale Belastung schließen ließ. Über die Hälfte (57.1%) der ProbandInnen hatte zumindest einmal in der bisherigen Karriere Kontakt mit einer Fachkraft für mentale Gesundheit, welche in dieser Studie PsychologInnen, FachärztInnen oder PsychiaterInnen einschließen. Während in Frankreich eine jährliche Untersuchung für professionelle FußballspielerInnen von einer Person mit sportpsychologischen Kenntnissen verpflichtend ist, gibt es in anderen Ländern stark abweichende Methoden und Prophylaxen zur Sicherung der mentalen Gesundheit von hauptberuflich im Leistungssport tätigen Menschen (Moesch et al., 2018). Trotz dem

Bedürfnis der FußballspielerInnen in Österreich nach einer besseren psychologischen Betreuung, beschäftigen derzeit nur zwei Vereine einen Sportpsychologen auf Vollzeitbasis. Nachbarländer wie zum Beispiel Deutschland bieten in diesem Setting ein weitaus breiteres Angebot an Unterstützung. Keinen fest angestellten Sportpsychologen im Betreuerteam zu haben, ist dort eher die Ausnahme. In England gibt es neben einem nationalen Betreuungspool von 90 ausgebildeten Fachleuten, auch eine Telefonzentrale, welche 24 Stunden am Tag erreichbar ist. Sie kann von SpielerInnen mit persönlichen Anliegen bezüglich mentaler Gesundheit kontaktiert werden, von wo aus diese zur weiteren Betreuung vermittelt werden. Ebenso wurde schon im Jahr 2000 ein stationäres Behandlungszentrum für SportlerInnen mit psychischen Erkrankungen und Verhaltensproblemen gegründet. Der Initiator Tony Adams war selbst jahrelang auf höchstem Niveau als aktiver Fußballspieler berufstätig und hatte während seiner Karriere mit Alkoholismus und den damit einhergehenden Folgen zu kämpfen (Professional Footballers' Association, 2019). England kann damit als eine Art Vorreiter bezüglich der psychosozialen Betreuung von professionellen AthletInnen angesehen werden.

Laut der FEPSAC (französisch: Fédération Européenne de Psychologie des Sports et des Activités Corporelles; auf Deutsch: Europäische Föderation der Psychologie von Sport und Körperlicher Tätigkeiten) stellen unterschiedliche Versorgungssituationen innerhalb Europas eine große Hürde dar, um einen gemeinsamen europäischen Standard für die Betreuung von professionellen SportlerInnen zu etablieren (Moesch et al., 2018). Die Föderation empfiehlt eine Bewusstseinsbildung für die Bedeutsamkeit von mentaler Gesundheit bei professionell tätigen AthletInnen durch das Abhalten von Seminaren, an denen SportpsychologInnen, TrainerInnen, SpielerInnen und FunktionärInnen teilnehmen, um das vorherrschende Stigma zu bekämpfen und eine bessere psychologische Versorgung gewährleisten zu können. Der Fokus soll dabei unter anderem auf kritischen Situationen in der Sportkarriere, wie schwere oder häufige Verletzungen, Über-Training und das Karriereende gelegt werden. Speziell jene professionellen FußballspielerInnen, welche als Konsequenz einer langwierigen Verletzung ihre Karriere beenden mussten, sind mit den vorhandenen medizinischen Angeboten und Aus- beziehungsweise Weiterbildungs-Unterstützung nicht zufrieden. Bis zu 85% der befragten Stichprobe klagten darüber, dass die erlittene Verletzung ihre nachfolgende berufliche Laufbahn negativ beeinflusste und zu langanhaltenden

Gesundheitsproblemen führte (Gouttebarga & Aoki, 2014). Daher sollen neue Präventions- und Interventionsmethoden entwickelt werden, um SportlerInnen schon frühzeitig behandeln zu können, bevor sich eine medizinisch relevante Erkrankung manifestiert und infolge dessen eine langwierige und kostenintensive Rehabilitation nach sich zieht (Moesch et al., 2018).

2.8 Prävalenz

Gouttebarga und Backx et al. (2015) untersuchten in ihrer Studie die Symptome von Common Mental Disorders (CMD) bei männlichen professionellen Fußballspielern in fünf europäischen Ländern. Zu den berichteten mentalen Störungen zählen Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression, Distress, Schlafstörungen und Substanzmissbrauch. Zusätzlich erforschten sie den Zusammenhang dieser Variablen mit ernsthaften, langfristigen Verletzungen, Operationen, dem Level an Karriereunzufriedenheit und negativen Lebensereignissen. Die Autoren gingen davon aus, dass mit einer erhöhten Anzahl an Verletzungen oder beeinträchtigenden Life-Events, eher eine CMD auftrat. Sie sendeten ihre Fragebögen online an die Fußball-Verbände von Finnland, Frankreich, Norwegen, Schweden und Spanien. Die durchschnittliche Prävalenz an mentalen Symptomen waren 15% für Distress, 37% für Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression, 25% für Schlafstörungen und 11 Prozent für übermäßigen Alkoholkonsum. Darüber hinaus fanden Gouttebarga und Backx et al. (2015) bei den Daten aus Frankreich, Schweden und Finnland einen moderaten Zusammenhang von ungünstigen Lebensereignissen sowie Karriereunzufriedenheit und CMD. In der Konklusion wurde für eine Steigerung der Selbstwahrnehmung im professionellen Fußball bezüglich mentaler Belastung plädiert. Ebenso wurde das Anbieten von psychologischer Betreuung vonseiten eines multidisziplinären Teams innerhalb des Fußballclubs der SpielerInnen empfohlen.

Eine weitaus größer angelegte Forschung zum Thema Mentale Belastung und ungünstigem Gesundheitsverhalten bei männlichen professionellen Fußballspielern wurde ebenfalls von Gouttebarga und Aoki et al. (2015) in elf Ländern, verteilt auf drei Kontinente, durchgeführt. Bei der Befragung sollte der Zusammenhang von äußeren Umwelteinflüssen und CMD sowie deren Auswirkungen auf das Individuum erfasst werden. Die Sportler erlitten durchschnittlich 2.2 [$SD = 2.4$] Verletzungen (definiert durch eine Rekonvaleszenz von mehr als 28 Tagen) und 1.1 [$SD = 1.4$] Operationen während ihrer bisherigen Karriere. Außerdem wurde die persönlich erlebte Karriereunzufriedenheit und allgemein bedeutende Lebensereignisse erhoben.

Statistisch signifikante Korrelationen wurden für hohe Anzahl an ernsthaften Verletzungen, sowie höherer Karriereunzufriedenheit mit den meisten Symptomen von mentalen Erkrankungen sowie schädlichem Gesundheitsverhalten gefunden. Die Prävalenzraten dieser ersten interkontinentalen Studie in einer solchen Größenordnung, waren deutlich höher als bei früheren Untersuchungen. Als möglicher Grund dafür wurde von den Autoren der Zeitraum der Befragung genannt. Die Umfrage wurde nämlich während der Übergangszeit zwischen den Saisons durchgeführt, welche in der Regel von FußballspielerInnen als mental besonders fordernd erlebt wird. Es besteht keine Sicherheit ob eine Vertragsverlängerung vonseiten des Vereins angestrebt wird oder das gewohnte Umfeld verlassen werden muss, um einen neuen Arbeitgeber in einer fremden Umgebung zu finden. Als Interpretation ihrer Resultate gaben die AutorInnen der Studie in der Konklusion an, dass professionelle Athleten mit einer höheren Wahrscheinlichkeit Symptome einer CMD entwickeln, als die durchschnittliche Bevölkerung. Aufgrund dieser Ergebnisse sollte in Zukunft mehr Wert auf frühzeitige Erkennung von Stress und Belastung bei FußballspielerInnen gelegt werden, um präventive Maßnahmen setzen zu können, bevor es überhaupt zur Manifestierung einer mentalen Erkrankung kommt. Auch nach einer Verletzung oder Operation sollte es Unterstützungsmaßnahmen geben, welche den Wiedereinstieg erleichtern sollten (Gouttebauge, Aoki et al., 2015). Da dieses Forschungsgebiet noch sehr jung ist, wäre es essenziell, weitere Studien durchzuführen, um das vorhandene Wissen zu erweitern, das Stigma bezüglich mentalen Störungen im professionellen Fußball abzubauen und relevante Interventionen dafür zu entwickeln.

2.9 Relevanz der Studie

Nachdem bereits Forschungen zum Thema Symptome und mentale Belastung bei professionellen FußballspielerInnen in mehreren europäischen Ländern sowie auch außerhalb Europas durchgeführt wurden, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit eine ähnliche Untersuchung in Österreich zu realisieren. Im Vergleich zu den im theoretischen Hintergrund vorgestellten Studien existieren in Österreich bisher nur wenige wissenschaftliche Erhebungen dazu, was sich auch in den Ergebnissen der Literaturrecherche widerspiegelt. Außerdem soll auf die Bedeutung der Resilienz Wert gelegt werden, da dieses Thema im Sportbereich bisher nur selten berücksichtigt wurde, jedoch eine wesentliche Rolle bei der Erhaltung von mentaler Gesundheit einnimmt (Sarkar & Fletcher, 2014). Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, in Österreich eine Querschnittsanalyse der aktuell professionellen FußballspielerInnen

bezüglich mentaler Belastung und deren Symptomausprägungen durchzuführen. Mithilfe mehrerer validierter Verfahren wird dabei auf das Vorliegen von Distress, sowohl in Bezug auf den sportberuflichen Kontext als auch auf die generelle Lebenssituation, Symptome von Ängstlichkeit/Depression, belastende Stressoren sowie deren Zusammenspiel mit Resilienz eingegangen. Neben den männlichen Sportlern werden, wie in den vorgestellten Artikeln als Implikationen für zukünftige Forschungen beschrieben, auch weibliche professionelle Fußballspielerinnen berücksichtigt, um eventuell bestehende Geschlechtsunterschiede überprüfen zu können (Jensen et al., 2018). Erhobene Prävalenzen sollen mit internationalen Ergebnissen verglichen werden, um die mentale Gesundheit von AthletInnen in Österreich, sowohl gegenüber SportlerInnen anderer Länder als auch der Allgemeinbevölkerung, einschätzen zu können. Die vorliegende Studie soll dadurch einen Beitrag zur Enttabuisierung von psychischen Erkrankungen im modernen Fußballsport leisten, sowie Vereine darauf aufmerksam machen, dass im Bereich der Förderung und Erhaltung von mentaler Gesundheit ausgeprägter Unterstützungsbedarf besteht.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Nachdem in vielen Ländern bereits der Einfluss von externen Stressoren auf das psychische Wohlbefinden von professionellen SportlerInnen erforscht wurde (Gouttebarga, Backx et al., 2015), setzt sich die vorliegende Studie mit den Prävalenzen und Zusammenhängen in der österreichischen Population auseinander. Es soll vor allem einen Überblick zur mentalen Gesundheit von FußballspielerInnen in Österreich bieten, aber auch äußere Einwirkungen wie die Anzahl an erlittenen Verletzungen, die Anzahl an Operationen, das Erleben eines kritischen Lebensereignisses oder das Laborieren an einer akuten Verletzung, welche mit bestimmten mentalen Störungen zusammenhängen, erfassen. Um den persönlich empfundenen sportberuflichen Distress sowie den generellen Distress bezogen auf die allgemeine Lebenssituation zu erfassen wird der Distress Screener von Terluin, van Rhenen, Schaufeli & de Haan (2004) verwendet. Für die Erhebung der Symptome von Ängstlichkeit/Depression wird der 12-Item General Health Questionnaire (Goldberg, 1992) eingesetzt. Außerdem wird die Rolle der Resilienz betrachtet, welche in der Literatur bisher nur selten in Verbindung mit mentalen Belastungen bei professionellen SportlerInnen untersucht wurde. Es soll beobachtet werden, ob die Resilienz positiv oder negativ mit mentalen Belastungen zusammenhängt und ob diese

auf bestehende Zusammenhänge von anderen Faktoren einwirkt. Dies wird mittels der Resilienzskala RS-13 von Leppert, Koch, Brähler & Strauß (2008) realisiert. Zusammengefasst setzen sich die folgenden Fragestellungen und deren Hypothesen mit dem Erleben von Distress, Symptomen von Ängstlichkeit/Depression, der Resilienz und beeinträchtigenden Stressoren auseinander.

1: Besteht ein Zusammenhang zwischen den vorliegenden Stressoren (Anzahl erlittener Verletzungen, Anzahl Operationen, Erleben eines kritischen Life-Events und Vorliegen einer akuten Verletzung) und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress (Terluin et al., 2004)?

H₀ (1a): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₁ (1a): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₀ (1b): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₁ (1b): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₀ (1c): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₁ (1c): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₀ (1d): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

H₁ (1d): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress.

2: Besteht ein Zusammenhang zwischen den vorliegenden Stressoren (Anzahl erlittener Verletzungen, Anzahl Operationen, Erleben eines kritischen Life-Events und Vorliegen einer akuten Verletzung) und dem persönlich empfundenen generellen Distress (Terluin et al., 2004)?

H₀ (2a): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₁ (2a): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₀ (2b): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₁ (2b): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₀ (2c): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₁ (2c): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₀ (2d): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

H₁ (2d): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen generellen Distress.

3: Wird der Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress (Terluin et al., 2004) durch Resilienz (Leppert et al., 2008) mediiert?

H₀ (3): Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress wird nicht durch Resilienz mediiert.

H₁ (3): Der Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress wird durch Resilienz mediiert.

4: Wird der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen generellen Distress (Terluin et al., 2004) durch Resilienz (Leppert et al., 2008) mediiert?

H₀ (4): Der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen generellen Distress wird nicht durch Resilienz mediiert.

H₁ (4): Der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und dem persönlich empfundenen generellen Distress wird durch Resilienz mediiert.

5: Besteht ein Zusammenhang zwischen den vorliegenden Stressoren (Anzahl erlittener Verletzungen, Anzahl Operationen, Erleben eines kritischen Life-Events und Vorliegen einer akuten Verletzung) und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression (Goldberg, 1992)?

H₀ (5a): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₁ (5a): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an erlittenen Verletzungen und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₀ (5b): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₁ (5b): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl an Operationen und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₀ (5c): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₁ (5c): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Erleben eines kritischen Life-Events und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₀ (5d): Es besteht kein oder ein negativer Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

H₁ (5d): Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.

6: Wird der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression (Goldberg, 1992) durch Resilienz (Leppert et al., 2008) mediiert?

H₀ (6): Der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression wird nicht durch Resilienz mediiert.

H₁ (6): Der Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression wird durch Resilienz mediiert.

7: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress (Terluin et al., 2004) und Resilienz (Leppert et al., 2008)?

H₀ (7): Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress und Resilienz.

H₁ (7): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress und Resilienz.

8: Besteht ein Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen generellen Distress (Terluin et al., 2004) und Resilienz (Leppert et al., 2008)?

H₀ (8): Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen generellen Distress und Resilienz.

H₁ (8): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen generellen Distress und Resilienz.

9: Besteht ein Zusammenhang zwischen den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression (Goldberg, 1992) und Resilienz (Leppert et al., 2008)?

H₀ (9): Es besteht kein oder ein positiver Zusammenhang zwischen den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz.

H₁ (9): Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz.

4 Methodik

Im Folgenden wird erläutert, wie die Studie durchgeführt wurde, um die Nachvollziehbarkeit der Methodik zu gewährleisten.

4.1 Untersuchungsdesign

Um die Forschungsfragen beantworten zu können, wurde eine Online-Umfrage konzipiert bei der standardisierte und validierte Fragebögen implementiert wurden. Es handelte sich dabei um eine Querschnittsanalyse einer Kohorte, da sich die vorliegende Studie mit dem momentanen, mentalen Befinden einer bestimmten Population auseinandersetzte. Neben demographischen Fragen sollten die

TeilnehmerInnen retrospektiv Auskunft bezüglich spezifischer, individueller Stressoren während ihrer bisherigen, aktiven Laufbahn als professionelle FußballspielerInnen geben. Die Online-Umfrage beinhaltete 45 Fragen und dauerte durchschnittlich circa sechs Minuten. Zu Beginn wurden Informationen über die Studie sowie die Frage nach der Zustimmungserklärung vorgelegt. Den ProbandInnen wurden Möglichkeiten zur schriftlichen Kontaktaufnahme mit dem Studienleiter gegeben. Die teilnehmenden Personen wurden darüber aufgeklärt, dass sie zu jedem Zeitpunkt und ohne Angabe von Gründen, die Umfrage beenden können. Des Weiteren wurden die TeilnehmerInnen darüber informiert, dass ihre Daten streng vertraulich behandelt, nur gruppenbezogen analysiert und nicht an Dritte weitergegeben werden. Nach Abschluss der Umfrage sollten daraus Gruppen bezüglich der Eigenschaften und den biographischen Merkmalen der Versuchspersonen gebildet werden, um diese miteinander zu vergleichen und auf Zusammenhänge überprüfen zu können. Außerdem wurden je nach Angaben der ProbandInnen bei den Skalen zu Distress, Symptome von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz eigene Gruppen gebildet, welche miteinander in Beziehung gesetzt wurden. Die Erhebung ist aufgrund der Art ihrer Durchführung und Auswertung der quantitativen Forschung zuzuschreiben.

4.2 Stichprobe

Es folgen Angaben zur Art und Weise der Rekrutierung und Beschreibung der Stichprobe, sowie Anforderungen für die Teilnahme an der Studie und Gründe für den Ausschluss von Versuchspersonen.

4.2.1 Stichprobengenerierung. Vor dem Beginn der Erhebung wurden Anforderungen für die Teilnahme an der Studie festgelegt. Diese umfassten das Alter von mindestens 16 Jahren erreicht zu haben, die berufliche Tätigkeit als FußballspielerIn in einer der drei höchsten Spielklassen der Männer (Bundesliga, 2. Liga, Regionalliga Ost, Mitte oder West) oder in einer der zwei höchsten Spielklassen der Frauen (Bundesliga, 2. Liga) in Österreich sowie deutschsprachige Les- und Sprachkompetenz. Die Einladung zur Teilnahme an der Umfrage wurde mündlich an Vertreter der Vereine sowie schriftlich per Mail und Facebook-Nachrichten an die Adressen der Fußballclubs übermittelt. Es wurden 86 Vereine zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Von den 20 Rückmeldungen, erklärten sich 17 Klubs dazu bereit die Umfrage an ihre SpielerInnen weiterzuleiten. Über den Zeitraum vom 26. Februar 2019 bis zum 29. März 2019 gaben 69 Personen ihre Zustimmung an der Studie teilzunehmen und ihre Daten zur Analyse zur Verfügung zu stellen. Von diesen 69

Personen füllten 47 Personen den Fragebogen vollständig aus, auf welche sich die folgende Auswertung auch beziehen wird. Die restlichen 22 ProbandInnen mussten aufgrund fehlender Datenmenge oder den nicht erfüllten Anforderungen, von der Analyse ausgeschlossen werden.

4.2.2 Stichprobenbeschreibung. Von den 47 professionellen FußballspielerInnen waren 7 weiblich und 40 männlich. Es nahmen Personen im Alter zwischen 16 und 39 Jahren teil ($M = 23.04$, $SD = 5.76$). Des Weiteren gaben die TeilnehmerInnen an, zwischen 1 und 23 Jahren professionell aktiv zu sein. Dies ergibt einen Mittelwert der bisherigen Karrieredauer von 7.13 Jahren, wobei die Standardabweichung bei 5.14 lag. 42 Personen der Stichprobe sind österreichische Staatsbürger. Drei TeilnehmerInnen kamen aus der Schweiz und jeweils eine Person gab Kroatien beziehungsweise Slowakei als Nationalität an. In der nachfolgenden Tabelle 1 soll ersichtlich werden, wie hoch die Beteiligung der verschiedenen Spielklassen war.

Tabelle 1

Anteil ProbandInnen nach Spielklassen

Liga	Teilnehmer (Prozent)
Herren Bundesliga	19 (40.4%)
Frauen Bundesliga	6 (12.8%)
Herren 2. Liga	1 (2.1%)
Frauen 2. Liga	2 (4.3%)
Herren Regionalliga	15 (31.9%)
Keine Angabe	4 (8.6%)

Anmerkung. Gesamtstichprobe $N = 47$, diese Frage war nicht verpflichtend zu beantworten, weshalb von 4 Personen keine Angabe vorliegt.

Von den professionellen FußballspielerInnen wurde ebenfalls die Vertragslaufzeit erhoben. Zwanzig TeilnehmerInnen (42.6%) gaben an, dass deren Vertrag in weniger als einem Jahr ausläuft. Knapp die Hälfte der Personen (44.7%) hatten einen gültigen Vertrag für ein bis zwei Jahre. Zwei Personen (4.3%) waren noch zwei bis drei Jahre bei ihrem Verein angestellt, während nur eine Person (2.1%) angab, eine restliche Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zu haben. Da die Frage zur Vertragslaufzeit ebenfalls nicht verpflichtend zu beantworten war, gab es auch hier drei Personen (6.4%) welche keine Angabe gemacht haben.

4.3 Untersuchungsinstrumente

Im Folgenden sollen die verwendeten Messinstrumente sowie die Beweggründe für den Einsatz derer erläutert werden. Nach einem kurzen Abriss zum Hintergrund der Screeningverfahren, werden auch die Antwortmöglichkeiten und die psychometrischen Eigenschaften beschrieben. Um die Testgüte zu beschreiben, wird die interne Konsistenz eines Verfahrens angegeben. Ein Cronbachs α ab 0.7 wird laut Blanz (2015) als akzeptabel bewertet. Abschließend werden auch die Fragen zur Erfassung der Stressoren genau erläutert.

4.3.1 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12). Goldberg entwickelte 1972 die erste Version dieses Fragebogens, um leichte psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung zu untersuchen (Romppel, Braehler, Roth & Glaesmer, 2013). Seit seiner ursprünglichen Form, welche 60 Fragen beinhaltete, wurde das Untersuchungsinstrument in mehrere Sprachen übersetzt und in Kurzformen transformiert sowie in entsprechenden Studien validiert. Mit dem 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12) werden die psychischen Symptome zum Thema Ängstlichkeit/Depression in den letzten Wochen erhoben (Goldberg, 1992). Der Fragebogen ist besonders wegen seiner kurzen Durchführungsdauer und den exzellenten psychometrischen Eigenschaften sehr populär. Für den 12-Item General Health Questionnaire gibt es mehrere Auswertungsmöglichkeiten. In der Studie von Lundin, Hallgren, Theobald, Hellgren & Torgén (2016) wurden diese miteinander verglichen. Bei der vorliegenden Studie wurde aufgrund des geringeren Informationsverlust die Likert-Auswertung (Cronbachs $\alpha = .87$) verwendet. Bei den Fragestellungen, wie zum Beispiel „Haben Sie sich in den letzten Wochen unglücklich und deprimiert gefühlt?“, können vier verschiedene Alternativen angekreuzt werden: „*nein, gar nicht*“ (0), „*nicht mehr als üblich*“ (1), „*mehr als üblich*“ (2) und „*viel mehr als üblich*“ (3). Der Gesamt-Score kann daher von 0-36 reichen und wird ab 12 Punkten als Vorliegen der Symptome von Ängstlichkeit/Depression gewertet. Von mehreren Studien wird der 12-Item General Health Questionnaire als probates Mittel zur Erfassung von Symptomen von Ängstlichkeit/Depression beschrieben und wird auch deswegen in der vorliegenden Untersuchung eingesetzt (Sánchez-López & Dresch, 2009).

4.3.2 Resilienzskala (RS-13). Die Resilienzskala (RS-13) ist eine Kurzform der Originalskala (Wagnild & Young, 1993) zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit von Leppert, Koch, Brähler und Strauß (2008). Resilienz wird von

den Autoren zum einen als Persönlichkeitseigenschaft gesehen, zum anderen aber auch als veränderbar und deshalb als Prozess einer erfolgreichen Anpassung bei widrigen Lebensumständen. Die Gesamtskala umfasst 25 Items, welche in einer neu konstruierten Kurzskala von Schumacher, Leppert, Gunzelmann, Strauß und Brähler (2005), in eine Version mit 11 Items (RS-11) abgewandelt wurde. Die Resilienzskala RS-11 wurde drei Jahre später einer weiteren Überprüfung unterzogen und zur Kurzform RS-13 aktualisiert. Mit einem Cronbachs α von .90 wurde eine ausgezeichnete interne Konsistenz festgestellt (Leppert et al., 2008). Die 13 Items, wie zum Beispiel „Wenn ich in einer schwierigen Situation bin, finde ich gewöhnlich einen Weg heraus.“, werden mittels einer 7-stufigen Likert-Skala beantwortet, woraus sich der mögliche Gesamtscore von 13-91 ergibt. Die Ergebnisse werden in drei Bereiche eingeteilt. Eine Punktezahl von 13-66 wird als Anzeichen für niedrige Resilienz gesehen. Moderat resiliente Personen liegen bei 67-72 Punkten und als hoch resilient gelten ProbandInnen mit einem Wert zwischen 73 und 91 (Leppert et al., 2008). Die Resilienzskala gilt als ökonomisches Messinstrument mit exzellenten psychometrischen Eigenschaften, welche zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit von Personen eingesetzt werden kann.

4.3.3 Distress Screener. Um den sportberuflichen und generellen Distress der ProbandInnen zu erheben, wurde der Distress Screener von Terluin, van Rhenen, Schaufeli & de Haan (2004), welcher auf dem Vier-dimensionalen Belastungs-Fragebogen basiert (4DSQ), verwendet. Die vier Dimensionen des übergeordneten Fragebogens sind Distress, Depression, Ängstlichkeit und Somatisierung. Für die Entwicklung des Distress Screeners wurden Items aus dem Bereich des 4DSQ zu Distress gewählt und überprüft welche den besten Model-Fit für eine Kurzform der Skala aufweisen (Braam, van Oostrom, Terluin, Vasse, de Vet & Anema, 2009). In der vorliegenden Studie wurden drei Items auf einer 3-Punkte Skala jeweils zwei Mal vorgegeben. Zuerst wird der Distress in Bezug auf die sportberufliche Situation gemessen, um danach den Distress in Bezug auf die allgemeine Lebenssituation zu erfassen. Die Versuchspersonen können auf die Fragen „Haben Sie sich in der letzten Woche Sorgen gemacht?“, „Haben Sie in der letzten Woche unter Lustlosigkeit gelitten?“ und „Haben Sie sich in der letzten Woche angespannt gefühlt?“ mit „*Nein*“ (0), „*Manchmal*“ (1) und „*Regelmäßig oder öfters*“ (2) antworten. Die in Klammern angeführten Zahlen, sind die Punkte, die pro Item erreicht werden können. Der Gesamtscore reicht von 0-6, wobei der Cut-Off Wert bei vier Punkten liegt und als

Marker dient, um das Vorliegen von persönlich empfundenen Distress anzuzeigen. Die Fragen wurden anhand der Validierungsstudie von Braam et al., (2009) für diese Masterarbeit in deutsche Sprache übersetzt. Danach wurden sie von einer in England studierenden Person mit muttersprachlichem Niveau rückübersetzt. Bei Validierungsstudien zeigte der Distress Screener interne Konsistenzen von 0.6 - 0.7 sowie eine Test-Retest Reliabilität von 0.83 (Terluin et al., 2006; Braam et al., 2009). Der Distress Screener wurde in vielen Studien verwendet, die in der Literaturrecherche zum Bereich Mentale Belastung bei professionellen SportlerInnen vorliegen. Da sich die Skala zur Messung von Distress bisher positiv bewährt hat, soll sie auch in dieser Untersuchung zum Einsatz kommen.

4.3.4 Stressoren. Die Variable *Anzahl der erlittenen Verletzungen* wird mit der Frage: „Wie viele Verletzungen haben Sie sich insgesamt während Ihrer Karriere zugezogen?“ erhoben. Als Antwortmöglichkeit dienten Auswahlfelder von Eins bis Fünf, sowie ein weiteres Feld mit der Beschriftung „mehr als 5“. Eine Verletzung wurde so definiert, dass sie während einer Teamaktivität wie zum Beispiel einem Training oder einem Fußballmatch vorgefallen sein muss. Des Weiteren muss dadurch eine Ausfallzeit von mindestens 28 Tagen, an denen nicht am Mannschaftstraining teilgenommen werden konnte, resultieren. In der gesichteten Literatur sowie auch in früheren Studien wurden Verletzungen als Stressor für professionelle AthletInnen angegeben (Gouttebarger, Aoki et al., 2015). Um dies genauer zu eruieren wurde in der vorliegenden Untersuchung die Anzahl dieser erhoben.

Außerdem wurde mit der Frage „Liegt bei Ihnen zurzeit eine Verletzung vor?“ auch der Stressor *akute Verletzung* erhoben. Die Probanden konnten mittels zweier vorgegebenen Antwortfelder entweder „Ja“ oder „Nein“ auswählen. Durch die Abhängigkeit der körperlichen Fitness bei der Berufsgruppe der professionellen FußballspielerInnen können sich akute Verletzungen auf die Lebensqualität und das mentale Befinden der Versuchspersonen auswirken, weshalb dies ebenfalls abgefragt wurde (Foskett & Longstaff, 2017).

Die Variable *Anzahl der Operationen* wurde mit der Frage „Wie vielen Operationen mussten Sie sich infolge Ihrer Verletzungen unterziehen?“ eruiert. Dies ist nicht nur aus deskriptivstatistischen Gründen relevant, sondern stellt auch einen Marker für langfristige Rekonvaleszenz dar und wurde mit den Antwortmöglichkeiten Eins, Zwei, Drei, Vier, Fünf oder „mehr als 5“ erhoben.

Abgesehen von rein körperlichen Stressoren wurden auch mentale Faktoren erfasst. Die Variable *kritisches Life Event* wurde mit der Frage: „Gab es bei Ihnen im letzten Jahr ein kritisches Lebensereignis (Todesfall in der Familie, Trennung, Scheidung, etc.)?“ abgefragt. Da sich solche Lebensereignisse langfristig auf das Befinden einer Person auswirken können, sollte erhoben werden, ob zusätzlich zum sportberuflichen Distress auch noch weitere Faktoren die Gemütslage beeinträchtigen.

Optional konnten die StudienteilnehmerInnen die Frage, „Liegt oder lag bei Ihnen eine psychische Erkrankung vor?“ mit den Antwortalternativen „Ja“, „Nein“ oder „wenn Ja, welche?“ und einem zusätzlichen Textfeld für die Angabe der psychischen Erkrankung, beantworten.

4.4 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung wurde mittels dem Online-Tool „UmfrageOnline“ realisiert. Nach mehreren Feedbacks und Selbsttests wurde der Fragebogen online gestellt und auf verschiedenen Wegen der Kommunikation an die Vereine der höchsten österreichischen Spielklassen weitergeleitet. Die Rekrutierung über Personen aus dem Bekanntenkreis war sehr erfolgreich, da es dort zur Anwendung eines Schneeballsystems kam. Manche Kontaktpersonen leiteten die Umfrage nicht nur an ihren derzeitigen Verein weiter, sondern auch an frühere Fußballclubs und deren SpielerInnen. An jeden Verein der Zielgruppe wurde eine Einladungsmail mit Informationen zur Untersuchung, sowie dem Link zur Online-Umfrage gesendet. Wenn nach rund 10 Tagen keine Antwort erfolgt ist, wurde dem Verein auf dem Social Media Portal Facebook eine Nachricht mit demselben Inhalt zugeschickt. So konnten in der höchsten Spielklasse der Männer, der tipico Bundesliga, die folgenden Mannschaften für die Studie rekrutiert werden: Sportklub Rapid Wien, Sportklub Puntigamer Sturm Graz, spusu Sportklub Niederösterreich St. Pölten, Fußballclub Wacker Innsbruck und cashpoint Sportclub Rheindorf Altbach. Von den Vereinen Fußballclub Austria Wien und dem Linzer Athletik-Sportklub wurde mit dem Verweis auf fehlende zeitliche Kapazitäten eine Teilnahme abgelehnt. Von den restlichen Fußballclubs der höchsten österreichischen Männerliga gab es trotz mehrmaliger Kontaktaufnahme auf verschiedenen Wegen (E-Mail und Social-Media-Kanäle) keine Rückmeldung. Bei der höchsten Spielklasse der Frauen, der ÖFB (Österreichischer Fußball-Bund) Frauen Bundesliga konnten die folgenden Mannschaften für die Teilnahme an der Studie rekrutiert werden: Sportklub Niederösterreich St. Pölten, Fußballclub Wacker Innsbruck und Frauenfußballclub fairvesta Vorderland. Von den verbliebenen

Fußballclubs der höchsten österreichischen Frauenliga gab es trotz mehrmaliger Kontaktaufnahme auf verschiedenen Wegen (E-Mail und Social-Media-Kanäle) keine Rückmeldung. In der 2. Liga der Herren, der HPYBet 2. Liga, meldeten sich folgende Vereine positiv bezüglich des Weiterleitens des Links zur Umfrage zurück: Sportclub Austria Lustenau, Fußballclub Liefering, Fußballclub Wacker Innsbruck II, Sportklub Vorwärts Steyr und Sportverein Horn. Von dem Fußballclub Juniors Oberösterreich wurde mit dem Verweis auf fehlende zeitliche Kapazitäten eine Teilnahme abgelehnt. Von der 2. Liga der Frauen nahmen nur die Spielerinnen der zweiten Mannschaft des Frauenfußballclubs Fairvesta Vorderlands teil. Bei teilnehmenden Regionalligisten Österreichs handelte es sich um folgende Fußballvereine: Sportklub Rapid Wien II, Fußballclub Mohren Dornbirn 1913, Verein für Bewegungsspiele Hohenems, Sportclub Rheindorf Altsch Amateure. Auf die Kontaktanfragen zu anderen Vereinen der Regionalligen gab es keine Rückmeldungen.

4.5 Statistisches Vorgehen

Die erhobenen Daten wurden vom Onlineumfragen-Tool als Microsoft Excel-Datei heruntergeladen und in das Programm IBM SPSS Statistics 21 importiert (IBM Corporation, 2012). Nach der Aufbereitung der Daten, wurden die Werte der Versuchspersonen auf deren Vollständigkeit sowie über Balkendiagramme und Boxplots auf Ausreißer überprüft und falls nötig ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden jedoch nur TeilnehmerInnen, welche den Fragebogen nur mangelhaft beziehungsweise unvollständig ausgefüllt hatten. Mittels Boxplot konnten bei den Werten des 12-Item General Health Questionnaire (Goldberg, 1992) ein Ausreißer, sowie bei der Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008) drei Ausreißer ermittelt werden. Diese Fälle wurden jedoch, nach eingehender Prüfung der anderen Antworten der betreffenden Personen, aus Gründen der wahrheitsgetreuen Abbildung der Stichprobe in der Analyse belassen. Die Summenscores des 12-Item General Health Questionnaires zu Symptomen von Ängstlichkeit/Depression (Goldberg, 1992), der Resilienzskala RS-13 zur Resilienz (Leppert et al., 2008) und des Distress Screeners zum Vorliegen von sportberuflichen und generellen Distress (Terluin et al., 2004) wurden mit Hilfe von graphischer Darstellung und Shapiro-Wilk-Tests auf Normalverteilung überprüft. Bei den folgenden Berechnungen wurde der Durbin-Watson Test bezüglich des Falls von Autokorrelation sowie der Variance Inflation Factor berücksichtigt. Die Hypothesen, welche auf einen Zusammenhang überprüft werden sollen (Fragestellungen 1, 2, 5, 7, 8 und 9) werden mittels einer

Rangkorrelation berechnet. Die weiteren Fragestellungen 3, 4 und 6 haben die Überprüfung einer Mediation zum Ziel und werden daher mit dem PROCESS-Makro von Andrew F. Hayes (2017) berechnet. Es wird bei den Rechenvorgängen von einem Signifikanzniveau von $\alpha \leq .05$ ausgegangen. Bei Konfidenzintervallen ist das Konfidenzniveau wie üblich mit 95% angegeben.

4.5.1 Pfad-Diagramm. In Abbildung 1 ist das Pfad-Diagramm der statistischen Auswertung ersichtlich. Es soll die erhobenen Variablen und deren Beziehung zueinander auf einen Blick kenntlich machen. Die grünen Pfeile bilden die Forschungsfragen nach Korrelationen ab, während die blauen Pfeile die Mediationsanalysen verbildlichen sollen.

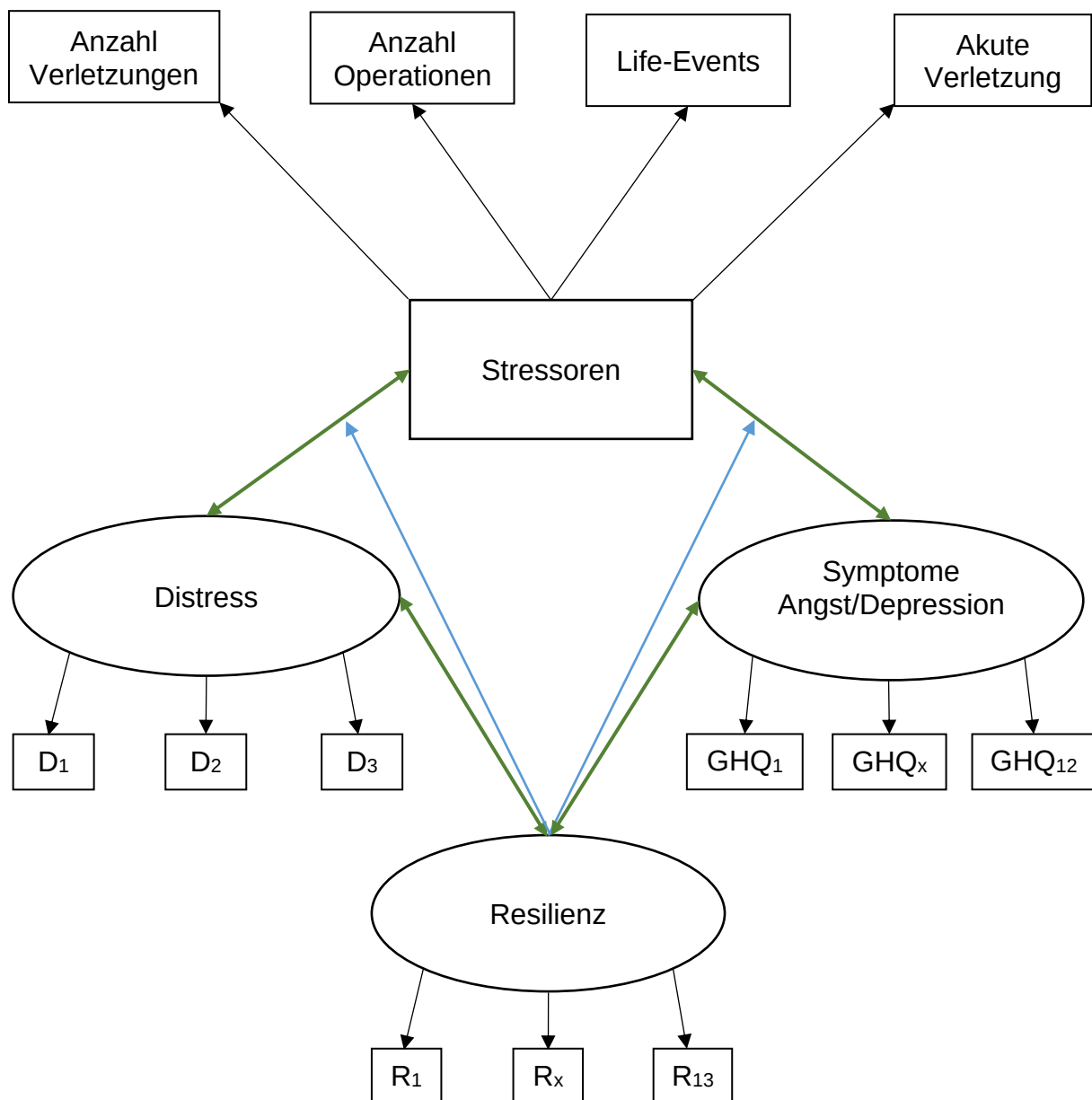


Abbildung 1. Pfad-Diagramm der statistischen Auswertung. D₁, D₂ und D₃ bezeichnet

die drei abgefragten Items des Distress Screeners (Terluin et al., 2004), GHQ₁, GHQ_x und GHQ₁₂ steht für die Fragen des 12-Item General Health Questionnaires (Goldberg, 1992) und R₁, R_x und R₁₃ kennzeichnet die 13 der zu bewertenden Aussagen der Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008).

5 Ergebnisse

In diesem Abschnitt sollen sowohl die deskriptiven Statistiken der Skalen und Stressoren der professionellen FußballspielerInnen wie auch die statistischen Ergebnisse der vorliegenden Studie und damit die Beantwortung der zuvor postulierten Fragestellungen angegeben werden.

5.1 Voranalyse

Die summierten Werte des sportberuflichen und generellen Distress Screeners (Terluin et al., 2004), der Antworten des 12-Item General Health Questionnaires (Goldberg, 1992) sowie der Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008) wurden nach Field (2009) mit dem Shapiro-Wilk Test auf Normalverteilung überprüft. Laut Field (2009) besitzt der Shapiro-Wilk Test auch bei geringeren Stichproben ausreichend statistische Power und Aussagekraft. In Tabelle 2 sind die Ergebnisse des Tests auf Normalverteilung der Skalen grafisch aufbereitet. Alle *p*-Werte des Shapiro-Wilk Tests fielen signifikant aus. Auch bei der visuellen Überprüfung mithilfe von Boxplots und Histogrammen wurde eine Verletzung der Voraussetzung der Normalverteilung ersichtlich, weswegen bei der Berechnung der Korrelationen auf parameterfreie Testverfahren zurückgegriffen wurde.

Tabelle 2

Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests

	Teststatistik	<i>df</i>	<i>p</i>
GHQ-12	.89	47	.00
RS-13	.95	47	.03
Distress Screener sportlich	.92	47	.00
Distress Screener generell	.87	47	.00

Anmerkung. Die Signifikanzwerte sind durchwegs $p < .05$ weshalb eine Verletzung der Normalverteilung der Skalen angenommen wird.

5.2 Reliabilitätsanalyse

Damit eine ausreichende Reliabilität der verwendeten Messinstrumente gegeben ist, wurde eine Reliabilitätsanalyse vorgenommen. Blanz (2015) postuliert eine akzeptable interne Konsistenz ab einem Cronbachs $\alpha > .7$. Bei einem Cronbachs α zwischen .6 und .7 ist die interne Konsistenz fragwürdig und jeder niedrigere Wert ist als inakzeptabel zu interpretieren. Bortz und Döring (2006) machen jedoch darauf aufmerksam, dass die Werte der internen Konsistenz, stark von der Itemanzahl der Tests abhängig sind. Aus je mehr Fragen die Skala besteht, desto höhere Cronbachs- α -Werte werden tendenziell erreicht. Dies sollte bei Betrachtung der Ergebnisse des Distress Screeners (Terluin et al., 2004) mit nur 3 Items beachtet werden. Die Cronbachs- α -Werte der eingesetzten Skalen können aus der Tabelle 3 entnommen werden.

Tabelle 3

Reliabilitätsanalysen der einzelnen Skalen

	Cronbachs α	Itemanzahl
GHQ-12	.84	12
RS-13	.77	13
Distress Screener sportlich	.66	3
Distress Screener generell	.78	3

Anmerkung. Die Skalen GHQ-12, RS-13 und der generelle Distress Screener zeigen akzeptable bis hohe Werte. Einzig die interne Konsistenz des sportlichen Distress Screener ist fragwürdig. Da der Wert aber nur knapp unter .7 liegt und nur 3 Fragen beinhaltet - weshalb das Cronbachs- α unter anderem auch niedriger ausfallen kann (Bortz & Döring, 2006) - wird die Skala zur Beantwortung der Fragestellung trotzdem verwendet.

5.3 Deskriptive Statistiken der Skalen

Um einen besseren Überblick über die mentale Verfassung der professionellen FußballspielerInnen zu erhalten, werden die erhobenen Daten der eingesetzten Skalen in der Tabelle 4 grafisch dargestellt. Es lässt sich feststellen, dass 16 von 47 Personen Symptome von Ängstlichkeit/Depression aufweisen. Dies entspricht 34.0% der gesamten Stichprobe. Anhand der Beantwortung des Fragebogens lässt sich die

Stichprobe in neun Personen (19.1%) mit niedriger Resilienz, sechs Personen (12.8%) mit moderater Resilienz und 32 Personen (68.1%) mit hoher Resilienz einteilen. Bei den Ergebnissen des Distress Screener, bezogen auf die sportberufliche Situation, konnte bei acht Personen (17.0%) das Vorliegen von Distress festgestellt werden, während 39 TeilnehmerInnen (83%) den Fragebogen unauffällig beantworteten. Von allen ProbandInnen erfüllten drei Personen (6.4%) der Stichprobe den Cut-Off Wert für das Vorliegen von Distress, bezogen auf die allgemeine Lebenssituation. Der Großteil der befragten SportlerInnen (44 Personen, 95.6%) zeigte keinen generellen Distress.

Tabelle 4

Grafische Darstellung der Ergebnisse der Skalen

	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
GHQ-12	3	30	10.62	5.23	9.00
RS-13	53	87	73.80	7.52	74.75
Distress Screener sportlich	0	6	1.96	1.52	2
Distress Screener generell	0	6	1.74	1.51	2

Anmerkung. Cut-Off Werte der einzelnen Skalen: GHQ-12 (≥ 12), RS-13 (Niedrig: 13-66; Moderat: 67-72; Hoch: 73-91), Distress Screener (≥ 4).

5.4 Deskriptive Statistiken der Stressoren

Bei der Erhebung von Stressoren der professionellen FußballspielerInnen wurden die folgenden Faktoren abgefragt: Akute Verletzung, Anzahl Verletzungen, Anzahl Operationen, Erleben eines kritischen Life-Events und das Vorliegen einer psychischen Erkrankung, was aber nur optional zu beantworten war. Von den 47 befragten TeilnehmerInnen laborierten 14 Personen (29.8%) an einer akuten Verletzung, während 33 Personen (70.2%) verletzungsfrei waren. Durchschnittlich hatten sich die ProbandInnen $M (SD) = 3.17$ Verletzungen (2.10) im Laufe ihrer bisherigen Karriere zugezogen. Fünfundzwanzig AthletInnen (53.2%) mussten sich infolge einer Verletzung einer Operation unterziehen. Der Mittelwert betrug dabei $M (SD) = 0.89$ Operationen (1.34). Siebzehn Prozent der professionellen FußballspielerInnen (Acht Personen) gaben an, im vergangenen Jahr ein kritisches Lebensereignis (Scheidung, Todesfall in der Familie, Trennung etc.) erlebt zu haben. Von $N = 47$ TeilnehmerInnen der Gesamtstichprobe beantwortete nur eine Person

(2.1%), die optional gestellte Frage jemals an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben, mit Ja. In Abbildung 2 sind die deskriptiven Ergebnisse der Anzahl der Verletzungen sowie in Abbildung 3 die Anzahl der Operationen als Balkendiagramm aufgelistet.

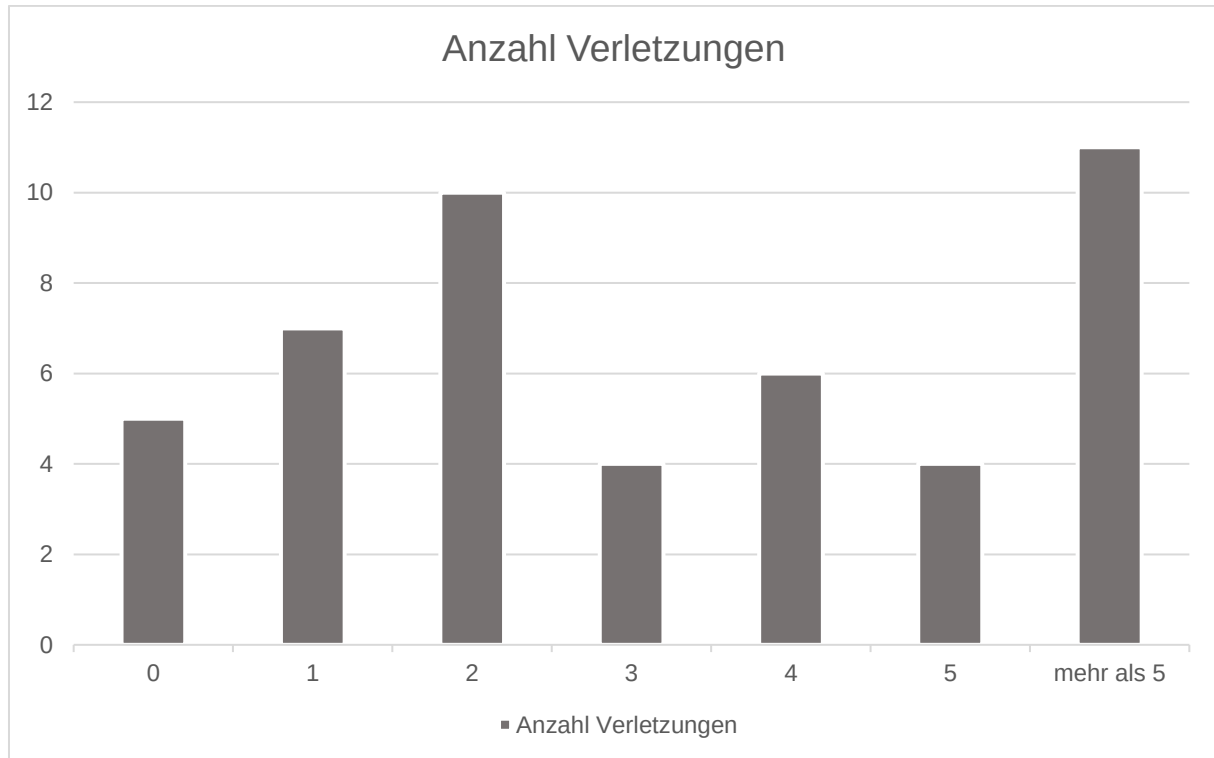


Abbildung 2. Anzahl der Verletzungen ($N = 47$).

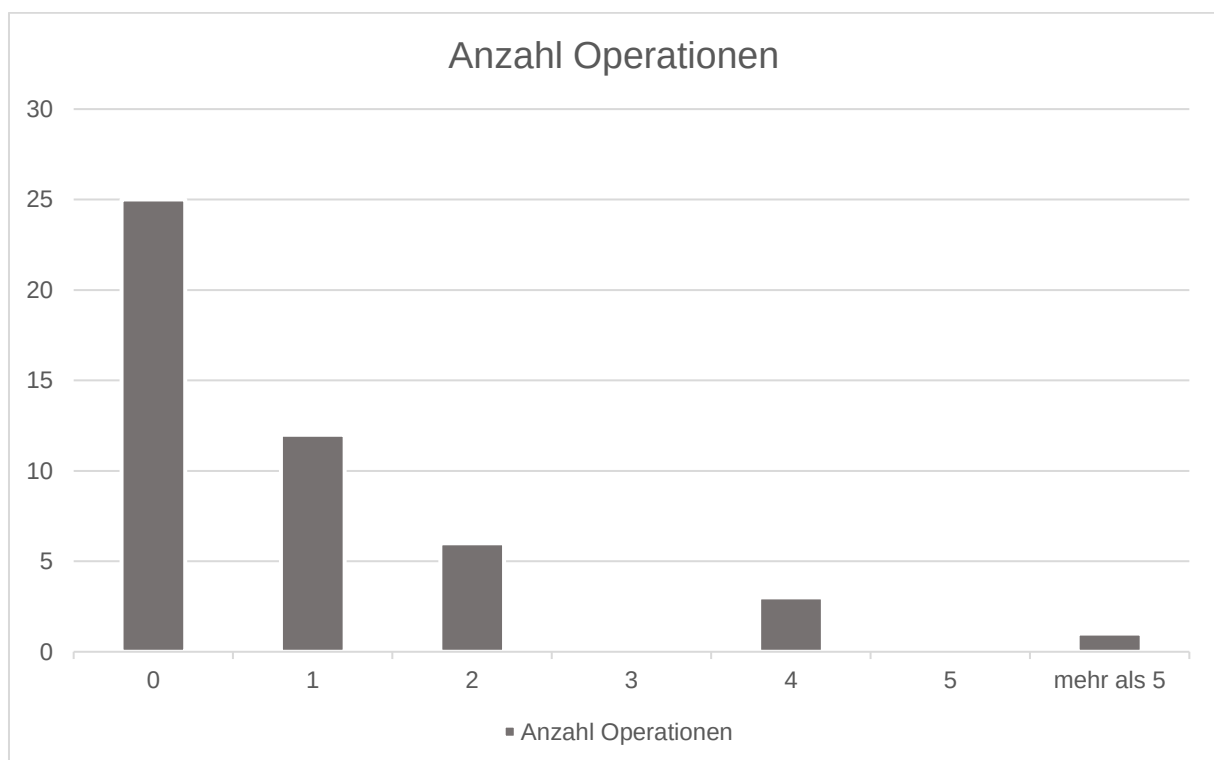


Abbildung 3. Anzahl der Operationen ($N = 47$).

5.5 Ergebnisse der Fragestellungen und Hypothesen

Um die vorliegenden Ergebnisse zu interpretieren, soll der Korrelationskoeffizient herangezogen werden. Cohen (1988) interpretierte die Effektstärke dabei wie folgt: schwache Korrelation ($r = .10$), moderate Korrelation ($r = .30$), starke Korrelation ($r = .50$).

5.5.1 Ergebnisse der Fragestellung 1. Die Forschungsfrage 1 wurde mittels einer Spearman-Rangkorrelation (Anzahl Verletzungen und Anzahl Operationen) beziehungsweise für jene Stressoren, welche nominal skaliert sind (kritisches Lebensereignis und akute Verletzung) mittels einer punktbiserialen Korrelation berechnet. Die Voraussetzungen für eine Berechnung der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson waren durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests zur Überprüfung der Normalverteilung für den sportberuflichen Distress Screener (Terluin et al., 2004) als verletzt angenommen worden (vgl. Tabelle 2). Nach Analyse der erhobenen Daten kann die Alternativhypothese 1a vorläufig angenommen werden. Der Stressor *Anzahl Verletzungen* hängt signifikant positiv ($r_{1a} = .32$, $p = .03$) mit dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress zusammen. Häufiger verletzte Personen zeigen höheren sportberuflichen Distress. Professionelle FußballerInnen welche geringeren sportberuflichen Distress aufweisen, haben weniger Verletzungen erlitten. Für die Hypothesenpaare 1b, 1c und 1d muss vorläufig jeweils die Nullhypothese beibehalten werden. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse für den Zusammenhang der Stressoren Anzahl Operationen, kritisches Lebensereignis und akute Verletzung mit sportberuflichem Distress gefunden werden, wie auch der Tabelle 5 entnommen werden kann.

Tabelle 5

Ergebnisse Forschungsfrage 1: Zusammenhang der Stressoren mit sportberuflichem Distress

Stressoren	Korrelationskoeffizient r	p
Anzahl Verletzungen	.32	.03*
Anzahl Operationen	.23	.12
Kritisches Lebensereignis	-.00	.99
Akute Verletzung	.19	.20

Anmerkung. $N = 47$. *: $p < .05$. Bei einem Korrelationskoeffizient $r = .32$ kann von einem

moderaten positiven Zusammenhang ausgegangen werden. Die ungerundeten Werte bei der Variable kritisches Lebensereignis sind $r = -.002$, $p = .998$.

5.5.2 Ergebnisse der Fragestellung 2. Die Forschungsfrage 2 wurde mittels einer Spearman-Rangkorrelation (Anzahl Verletzungen & Anzahl Operationen) beziehungsweise für jene Stressoren, welche nominal skaliert sind (kritisches Lebensereignis und akute Verletzung) mittels einer punktbiserialen Korrelation berechnet. Die Voraussetzungen für eine Berechnung der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson waren durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests zur Überprüfung der Normalverteilung für den generellen Distress Screener (Terluin et al., 2004) als verletzt angenommen worden (vgl. Tabelle 2). Nach Analyse der erhobenen Daten kann die Alternativhypothese 2d vorläufig angenommen werden. Der Stressor *akute Verletzung* hängt signifikant positiv ($r_{2d} = .34$, $p = .02$) mit dem persönlich empfundenen generellen Distress zusammen. Professionelle FußballspielerInnen, welche akut an einer Verletzung laborieren, zeigen einen höheren generellen Distress. Während ProbandInnen mit weniger generellem Distress, eher nicht an einer akuten Verletzung laborieren. Für die Hypothesenpaare 2a, 2b und 2c muss vorläufig jeweils die Nullhypothese beibehalten werden. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse für den Zusammenhang der Stressoren Anzahl Verletzungen, Anzahl Operationen und kritisches Lebensereignis mit generellem Distress gefunden werden, wie auch in Tabelle 6 ersichtlich ist.

Tabelle 6

Ergebnisse Forschungsfrage 2: Zusammenhang der Stressoren mit generellem Distress

Stressoren	Korrelationskoeffizient r	p
Anzahl Verletzungen	.26	.08
Anzahl Operationen	.06	.70
Kritisches Lebensereignis	.18	.23
Akute Verletzung	.34	.02*

Anmerkung. $N = 47$. *: $p < .05$. Bei einem Korrelationskoeffizient $r = .34$ kann von einem moderaten positiven Zusammenhang ausgegangen werden.

5.5.3 Ergebnisse der Fragestellung 3. Es soll mittels einer Mediationsanalyse überprüft werden, ob die Resilienz auf den Zusammenhang von vorliegenden

Stressoren und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress einwirkt. Die Berechnung gibt ein Konfidenzintervall an, welches zeigt ob ein indirekter Effekt der mediierenden Variable auf die Korrelation zwischen der Anzahl an Verletzungen und dem sportberuflichen Distress vorliegt. Die Grenzen des Konfidenzintervalls werden in der Tabelle 7 unter den Punkten BootLLCI und BootULCI angegeben.

Tabelle 7

Ergebnisse Forschungsfrage 3: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und sportberuflichem Distress

<i>Indirect Effect of X on Y</i>				
	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Resilienz	.00	.04	-.07	.10

Anmerkung. $N = 47$. Das Konfidenzintervall $[-.07, .10]$ enthält den Wert 0, weshalb der indirekte Effekt von Resilienz auf den Zusammenhang der Anzahl der Verletzungen und sportberuflichem Distress nicht signifikant ist.

5.5.4 Ergebnisse der Fragestellung 4. Die Forschungsfrage 4 soll überprüfen, ob die Resilienz auf den Zusammenhang von vorliegenden Stressoren und dem persönlich empfundenen generellen Distress einwirkt. In der Tabelle 8 wird angegeben, ob ein indirekter Effekt der mediierenden Variable auf die Korrelation zwischen einer akuten Verletzung und dem generellen Distress vorliegt.

Tabelle 8

Ergebnisse Forschungsfrage 4: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und generellem Distress

<i>Indirect Effect of X on Y</i>				
	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Resilienz	.07	.12	-.08	.42

Anmerkung. $N = 47$. Das Konfidenzintervall $[-.08, .42]$ enthält den Wert 0, weshalb der indirekte Effekt von Resilienz auf den Zusammenhang der akuten Verletzung und generellen Distress nicht signifikant ist.

5.5.5 Ergebnisse der Fragestellung 5. Die Forschungsfrage 5 wurde mittels einer Spearman-Rangkorrelation (Anzahl Verletzungen & Anzahl Operationen) beziehungsweise für jene Stressoren, welche nominal skaliert sind (kritisches Lebensereignis und akute Verletzung) mittels einer punktbiserialen Korrelation

berechnet. Die Voraussetzungen für eine Berechnung der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson waren durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests zur Überprüfung der Normalverteilung für den 12-Item General Health Questionnaire (Goldberg, 1992) als verletzt angenommen worden (vgl. Tabelle 2). Nach Analyse der erhobenen Daten kann die Alternativhypothese 5d vorläufig angenommen werden. Der Stressor *akute Verletzung* hängt signifikant positiv ($r_{5d} = .42$, $p = .00$) mit den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression zusammen. Professionelle FußballspielerInnen, welche akut an einer Verletzung laborieren, zeigen mehr Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression. Probanden welche weniger Symptome von Ängstlichkeit/Depression aufweisen, laborieren eher nicht an einer akuten Verletzung. Für die Hypothesenpaare 5a, 5b und 5c muss vorläufig jeweils die Nullhypothese beibehalten werden. Es konnten keine signifikanten Ergebnisse für den Zusammenhang der Stressoren Anzahl Verletzungen, Anzahl Operationen und kritisches Lebensereignis mit persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression gefunden werden, wie auch in Tabelle 9 zu sehen ist.

Tabelle 9

Ergebnisse Forschungsfrage 5: Zusammenhang der Stressoren mit Symptomen von Ängstlichkeit/Depression

Stressoren	Korrelationskoeffizient r	p
Anzahl Verletzungen	.11	.45
Anzahl Operationen	.15	.31
Kritisches Lebensereignis	.19	.21
Akute Verletzung	.42	.00*

Anmerkung. $N = 47$. *: $p < .05$. Bei einem Korrelationskoeffizient $r = .42$ kann von einem moderaten bis starken positiven Zusammenhang ausgegangen werden. Der genaue Wert zur Signifikanztestung bei *akuter Verletzung* war $p = .003$.

5.5.6 Ergebnisse der Fragestellung 6. Es soll mittels einer Mediationsanalyse überprüft werden, ob die Resilienz auf den Zusammenhang von vorliegenden Stressoren und persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression indirekt einwirkt. In der Tabelle 10 wird angegeben, ob ein indirekter Effekt der mediierenden Variable auf die Korrelation zwischen einer akuten Verletzung und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression vorliegt.

Tabelle 10

Ergebnisse Forschungsfrage 6: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression

<i>Indirect Effect of X on Y</i>				
	Effect	Boot SE	BootLLCI	BootULCI
Resilienz	.42	.61	-.53	2.01

Anmerkung. $N = 47$. Das Konfidenzintervall $[-.53, 2.01]$ enthält den Wert 0, weshalb der indirekte Effekt von *Resilienz* auf den Zusammenhang der akuten Verletzung und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression nicht signifikant ist.

5.5.7 Ergebnisse der Fragestellung 7. Um den Zusammenhang zwischen dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress und der Resilienz zu überprüfen wurde eine Spearman-Rangkorrelation berechnet. Die Voraussetzungen für eine Berechnung der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson, waren durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests zur Überprüfung der Normalverteilung für den sportberuflichen Distress Screener (Terluin et al., 2004), wie auch für die Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008) als verletzt angenommen worden (vgl. Tabelle 2). Nach Analyse der erhobenen Daten kann die Alternativhypothese 7 vorläufig angenommen werden. Die Spearman-Rangkorrelation ergab einen signifikanten negativen Zusammenhang ($r_7 = -.32, p = .03$) zwischen sportberuflichem Distress und Resilienz. Professionelle FußballspielerInnen mit hohen Resilienz-Werten zeigten weniger sportberuflichen Distress. ProbandInnen welche hohen sportberuflichen Distress aufweisen erzielten niedrigere Werte bei der Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2004).

5.5.8 Ergebnisse der Fragestellung 8. Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen dem persönlich empfundenen generellen Distress und der Resilienz wurde eine Spearman-Rangkorrelation verwendet. Die Voraussetzungen für eine Berechnung der Produkt-Moment Korrelation nach Pearson, waren durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests zur Überprüfung der Normalverteilung für den generellen Distress Screener (Terluin et al., 2004), wie auch für die Resilienzskala RS-13 (Leppert et al., 2008) als verletzt angenommen worden (vgl. Tabelle 2). Nach Analyse der erhobenen Daten kann die Nullhypothese 8 vorläufig beibehalten werden. Die Spearman-Rangkorrelation ergab einen niedrigen nicht signifikanten, negativen Zusammenhang ($r_8 = -.15, p = .31$) zwischen generellem Distress und Resilienz.

5.5.9 Ergebnisse der Fragestellung 9. Um den Zusammenhang zwischen den persönlich erlebten Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz zu messen wurden nicht parametrische Tests verwendet. Da die Voraussetzungen für die Berechnung der Produkt-Moment Korrelation, durch die Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests (vgl. Tabelle 2), als verletzt angenommen wurden, wurde eine Spearman-Rangkorrelation eingesetzt. Diese ergab einen moderaten bis starken, signifikanten, negativen Zusammenhang ($r_9 = -.43$, $p = .00$) zwischen Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz. Die Nullhypothese kann somit verworfen und die Alternativhypothese 9 angenommen werden. Versuchspersonen mit ausgeprägter Resilienz zeigten weniger Symptome von Ängstlichkeit/Depression während ProbandInnen mit hohen Werten beim 12-Item General Health Questionnaire (Goldberg, 1992) eher niedrigere Resilienz-Werte aufwiesen.

6 Diskussion

Es folgt eine Zusammenfassung der vorliegenden Forschungsergebnisse sowie mögliche Erklärungsansätze für deren Entstehung. Im Detail sollen Verbindungen zu bisherigen Erkenntnissen von früheren Studien hergestellt werden. Des Weiteren werden Limitationen der vorliegenden Arbeit und ein Ausblick für zukünftige Forschungsmöglichkeiten zu mentalen Belastungen bei professionellen FußballspielerInnen gegeben werden. Abschließend werden noch potenzielle Implikationen für die Praxis beschrieben.

6.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde die mentale Belastung von professionellen FußballspielerInnen in Österreichs höchsten Spielklassen erforscht. Außerdem wurde überprüft ob es bei der untersuchten Population Zusammenhänge zwischen vorliegenden Stressoren und persönlichem Distress oder Symptomen von Ängstlichkeit/Depression gibt. Ebenso sollte die Rolle der Resilienz als möglicherweise mediierende und resistente Persönlichkeitseigenschaft überprüft werden.

Bevor die berichteten Ergebnisse der Forschungsfragen diskutiert werden, soll noch auf die deskriptiven Werte eingegangen und mit den Prävalenzen von internationalen Studien verglichen werden. Die Anzahl an Verletzungen und Operationen der StudienteilnehmerInnen ist vergleichbar mit der Häufigkeit der Stichprobe von Gouttebarga und Aoki et al. (2015). Die hauptberuflich tätigen FußballspielerInnen in Österreich mussten sich in etwa gleich vielen Operationen während ihrer laufenden Karriere unterziehen, obwohl sich die untersuchten

ProbandInnen ungefähr eine Verletzung mehr zugezogen hatten. Bei den Werten zur Resilienz wurde der Mittelwert der Validationsstudie von Leppert et al. (2008) zum Vergleich herangezogen. Dieser deckt sich, mit einer kleinen Abweichung von drei Punkten, mit den erhobenen Werten der professionellen SportlerInnen in Österreich. Die Prävalenz der Symptome von Ängstlichkeit/Depression war bei der vorliegenden Stichprobe minimal geringer als bei internationalen Studien, welche ebenfalls den 12-Item General Health Questionnaire als Instrument verwendeten (Foskett & Longstaff, 2017; Gouttebarga, Backx et al., 2015). Die Differenz ist jedoch zu niedrig, um von einer emotional stabileren Population der hauptberuflich tätigen AthletInnen in Österreich, im Gegensatz zum europäischen Durchschnitt, zu sprechen. Die erhobenen Werte des persönlich empfundenen Distress unterscheiden sich nur marginal von den Prävalenzraten, welche in Spanien, Finnland, Frankreich, Norwegen und Schweden gemessen wurden (Gouttebarga, Backx et al., 2015). Daher kann davon ausgegangen werden, dass die vorliegende Stichprobe als repräsentativ angesehen werden kann und ähnlich viele österreichische FußballspielerInnen an mentalen Belastungen leiden wie SportlerInnen anderer europäischer Länder.

6.1.1 Zusammenhang zwischen Stressoren und Distress sowie Einfluss von Resilienz. Bei der ersten Fragestellung konnte ein signifikanter und moderat positiver Zusammenhang zwischen häufigen Verletzungen und dem persönlich empfundenen sportberuflichen Distress gefunden werden. Die These von Gouttebarga und Backx et al. (2015), dass bei einer hohen Anzahl an Verletzungen, eher mentale Erkrankungen auftreten, konnte mit diesen Ergebnissen unterstrichen werden. Rekonvaleszenz ist für FußballspielerInnen besonders dann frustrierend, wenn man sich schon des Öfteren eine Verletzung zugezogen hat und man wieder mit therapeutischen Maßnahmen dafür sorgen muss, einsatzfähig zu werden. Zwischen sportberuflichem Distress und den Stressoren akute Verletzung, Anzahl der Operationen und dem Erleben eines kritischen Lebensereignisses konnte keine signifikante Korrelation identifiziert werden. Dies widerspricht den bisherigen Erkenntnissen der Literatur (Gouttebarga, Aoki et al., 2015; Moesch et al., 2018). Es könnte aber auch auf andere Gründe zurückgeführt werden, welche im Abschnitt 6.3 Limitationen angegeben werden. Die zweite Fragestellung befasste sich mit Distress bezogen auf die generelle Lebenslage. Dabei konnte ein signifikanter und moderat positiver Zusammenhang mit dem Vorliegen einer akuten Verletzung gefunden werden. Der Umstand, ihren/seinen Beruf als professionelle/r FußballspielerIn

vorübergehend nicht mehr ausüben zu können und eventuell im Spital auf ärztliche Betreuung angewiesen zu sein, wirkt sich auf die allgemeine mentale Gesundheit belastend aus. Die betroffenen SportlerInnen erfahren auch im eigenen Wohnraum einen Verlust von Unabhängigkeit und sind auf die Hilfe von anderen Menschen angewiesen (Gulliver et al., 2015). Dies führt zu erhöhtem Distress, der sich auch auf andere Lebensbereiche negativ auswirken kann. In den folgenden zwei Fragestellungen wurde untersucht ob die psychische Widerstandsfähigkeit von professionellen AthletInnen auf die oben beschriebenen Korrelationen einwirkt. Es konnte jedoch weder für den Zusammenhang der Anzahl an Verletzungen und dem sportberuflichen Distress noch für den Zusammenhang einer akuten Verletzung und generellem Distress eine signifikante Mediation durch Resilienz gefunden werden. Laut diesem Ergebnis wirkt die persönliche Widerstandsfähigkeit der SportlerInnen nicht auf die Korrelationen der vorliegenden Stressoren mit persönlich erlebtem Distress ein. Ob diese Erkenntnis eine allgemeine Gültigkeit besitzt, sollte von einer Untersuchung mit einer größeren Stichprobe überprüft werden.

6.1.2 Zusammenhang zwischen Stressoren und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression sowie Einfluss von Resilienz. Bei der Auswertung zur Fragestellung 5 konnte ein signifikanter und moderat bis hoher positiver Zusammenhang zwischen dem Laborieren an einer akuten Verletzung und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression gefunden werden. Dieses Ergebnis deckt sich mit Beschreibungen von Gouttebarga und Aoki et al., (2015) wonach Personen, welche sich eine Verletzung zugezogen haben, eher mental belastet sind. Gefühle von Ängstlichkeit/Depression können die Folge des Laborierens an einer akuten Verletzung sein. Der weitere Verlauf der sportlichen Karriere wird in Frage gestellt und es herrscht Unsicherheit, ob man an frühere körperliche Fitness und spielerische Leistung anknüpfen kann. Andererseits konnte der ähnlich lautende Schluss, dass auch Operationen dies zur Folge hätten, in der vorliegenden Untersuchung nicht repliziert werden. Wobei auch hier auf den Abschnitt 6.3 Limitationen für alternative Gründe verwiesen werden muss. Dasselbe gilt auch für das Erleben eines kritischen Lebensereignisses sowie der Anzahl an erlittenen Verletzungen. Beide Zusammenhänge wurden bei der Auswertung nicht signifikant. Wie beim Distress wurde auch bei der Korrelation zwischen Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und dem Laborieren an einer akuten Verletzung eine mögliche medierende Rolle der Resilienz mittels einer Mediationsanalyse überprüft. Auch dabei konnte kein

signifikanter indirekter Einfluss der psychischen Widerstandsfähigkeit auf die Korrelation festgestellt werden.

6.1.3 Zusammenhang zwischen Distress und Resilienz. Die Fragestellungen 7 und 8 befassten sich mit dem Zusammenhang von Resilienz und Distress. Es konnte ein signifikanter und moderat negativer Zusammenhang zwischen sportberuflichem Distress und Resilienz gefunden werden. Es lässt darauf schließen, dass professionelle FußballspielerInnen mit hoher psychischer Widerstandskraft weniger sportberuflichen Distress empfinden und Personen mit niedriger Resilienz stärkeren sportberuflichen Distress erleben. Bezogen auf den Zusammenhang zwischen generellem Distress und Resilienz kann kein signifikantes Ergebnis vorgelegt werden. Die Berechnungen ergaben zwar einen leichten negativen Zusammenhang, welcher jedoch nicht signifikant wurde. Möglicherweise wäre diese Korrelation mit einer größeren Stichprobe signifikant geworden, doch darauf wird im Abschnitt 6.4 Ausblick und Implikationen für Forschung und Praxis noch näher eingegangen werden.

6.1.4 Zusammenhang zwischen Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz. Passend zu der im theoretischen Hintergrund angeführten Literatur ließ sich ein signifikanter und moderat bis stark negativer Zusammenhang zwischen Symptomen von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz feststellen (Sarkar & Fletcher, 2014). Professionelle FußballspielerInnen mit hohen Resilienz-Werten zeigen tendenziell weniger Symptome von Ängstlichkeit/Depression als Personen mit geringerer Resilienz. Diese Populationsgruppe zeigt stärkere Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression. Dieses Ergebnis lässt sich auch auf die Normalbevölkerung verallgemeinern, da auch dort resilientere Personen widerstandsfähiger gegenüber Stress und der Bildung von psychischen Symptomen sind (Sanchez-López & Dresch, 2009).

6.2 Einbettung in die Literatur

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Resilienz zwar nicht auf die Korrelationen von Stressoren auf Symptome von Ängstlichkeit/Depression oder Distress einwirkt, sehr wohl aber protektiv gegenüber widrigen äußeren Umwelteinflüssen wirkt. Personen mit hoher psychischer Widerstandskraft entwickeln Routinen, die es ihnen erlauben, mit Belastungen besser umzugehen und ihre innere Balance bei kritischen Erlebnissen eher beizubehalten.

Während der Analyse der erhobenen Daten der vorliegenden Studie wurden auch weitere explorative Ansätze, die sich aus Sichtung der Literatur ergaben, verfolgt. So sollten die ProbandInnen gesondert nach Altersunterschieden, dem Erleben eines kritischen Lebensereignis sowie auch nach Geschlechtsunterschieden überprüft werden. Es konnten jedoch entgegen dem theoretischen Hintergrund keine signifikanten Altersunterschiede gefunden werden. Trotzdem sollten die Ergebnisse genauer untersucht werden, um auf die bisher berichtete höheren Vulnerabilität von jüngeren FußballspielerInnen einzugehen (Jensen et al., 2018). Die untersuchten TeilnehmerInnen wurden anhand des durchschnittlichen Alters in zwei Gruppen unterteilt, damit deren summierte Ergebnisse der verwendeten Skalen verglichen werden konnten. Es zeigten sich Tendenzen einer höheren mentalen Belastung bei der jüngeren Stichprobe (16 bis 22-jährige) als bei der älteren Vergleichsgruppe (23 bis 39-jährige). Beim 12-Item General Health Questionnaire (Goldberg, 1992) zeigten die jüngeren SportlerInnen durchschnittlich stärkere Anzeichen von Ängstlichkeit/Depression. Interessanterweise berichteten die älteren AthletInnen von häufigerem sportberuflichen Distress als die junge Vergleichsgruppe, jedoch waren die Ergebnisse beim Distress bezogen auf die generelle Lebenssituation wieder umgekehrt. Dies lässt vermuten, dass professionelle FußballspielerInnen, wie auch die Allgemeinpopulation, im Laufe des Lebens bessere Coping-Strategien zum Umgang mit Distress im alltäglichen Setting entwickeln. Die niedrigeren Werte beim sportberuflichen Distress könnten sich auch durch weniger erlittenen Verletzungen bei den unter 23-Jährigen erklären lassen. Bei der Resilienz unterschieden sich die beiden Vergleichsgruppen kaum. Dies kann daher rühren, dass Resilienz kein permanenter Charakterzug ist, sondern über verschiedene Lebensabschnitte und bestimmte Situationen variieren kann (Wittchen & Hoyer, 2011).

Die Ergebnisse der Vergleichsgruppen, welche ein kritisches Lebensereignis in den letzten Monaten erfahren hatten oder nicht, waren zwar ebenfalls nicht signifikant, fielen jedoch tendenziell wie zu erwarten und in der Literatur berichtet aus (Gouttebauge, Aoki et al., 2015). AthletInnen, welche ein kritisches Lebensereignis hinter sich hatten, zeigten durchschnittlich ein höheres Ausmaß an Symptomen von Ängstlichkeit/Depression sowie Distress, bezogen auf deren generelle Lebenssituation. Interessant ist jedoch der durchschnittlich niedrigere sportberufliche Distress dieser ProbandInnen im Gegensatz zu der Gruppe, welche angegeben hatte, kein kritisches Lebensereignis erlebt zu haben. Dies mag sich dadurch erklären

lassen, dass Personen nach einem privaten Schicksalsschlag die Prioritäten anders setzen und dem Beruf eine andere Wertigkeit zuschreiben, wie dem persönlichen Wohlbefinden. Die durchschnittlichen Werte der Resilienz unterschieden sich bei den verglichenen Gruppen ebenfalls nicht wesentlich.

Wie von Foskett & Longstaff (2017) berichtet, sollte der Fokus vermehrt auf die Integration aller Geschlechter sowie auch auf die Überprüfung von Geschlechterdifferenzen bei der Untersuchung mentaler Belastung von professionellen AthletInnen gelegt werden. Die vorliegende Studie setzte sich dies zum Ziel und bezog weibliche Fußballspielerinnen ebenso mit ein wie männliche Spieler. Nachdem die postulierten Fragestellungen beantwortet waren, wurde während der explorativen Datenanalyse versucht, etwaig vorhandene Geschlechterunterschiede aufzuzeigen. Bei der näheren Betrachtung der verwendeten Skalen, konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der männlichen und weiblichen Stichprobe festgestellt werden. Trotzdem fanden sich bei Mittelwertsvergleichen Tendenzen, welche die bisherigen Forschungsergebnisse zu Genderunterschieden bei professionellen FußballspielerInnen unterstreichen (Jensen et al., 2018). Weibliche Teilnehmerinnen zeigten durchschnittlich mehr Symptome von Ängstlichkeit/Depression und höhere Werte sowohl beim sportberuflichen als auch beim generellen Distress Screener (Terluin et al., 2004). Außerdem wurde ersichtlich, dass die weiblichen Probanden eine durchschnittlich niedrigere Resilienz aufwiesen als die männliche Vergleichsgruppe. Die Unterschiede waren zwar nicht signifikant, spiegelten aber tendenziell den bisherigen Forschungsstand wider.

6.3 Limitationen

Trotz der umfassenden Planung und Organisation sowohl vor als auch während der Durchführung weist die vorliegende Studie auch einige Limitationen auf, welche im Folgenden aufgezählt werden. Dies soll als kritische Auseinandersetzung mit der Untersuchung aber auch als Denkanstoß für zukünftige Forschungen gesehen werden.

Zu Beginn wird festgehalten, dass es sich bei den angegebenen Ergebnissen nicht um kausale Zusammenhänge handelt, sondern um rein korrelative Zusammenhänge zwischen den erlebten Stressoren und dem persönlich empfundenen Distress oder Symptomen von Ängstlichkeit/Depression. Wegen dem querschnittlichen Design der Studie gilt dies auch für die Zusammenhänge der Resilienz mit Distress beziehungsweise den Werten des 12 Item - General Health

Questionnaires (Goldberg, 1992). Deshalb kann nicht abgeleitet werden, ob zum Beispiel die Symptome von Ängstlichkeit/Depression direkt vom Laborieren an einer akuten Verletzung herrühren. Dies ließe sich zum Beispiel mit einem längsschnittlichen Studiendesign detaillierter untersuchen.

Obwohl die Zielpopulation der professionellen FußballspielerInnen als sehr spezifisch und schwer erreichbar beschrieben werden kann, konnte eine repräsentative Stichprobengröße erreicht werden. Jedoch muss auch festgehalten werden, dass für manche geplante Berechnungen noch mehr StudienteilnehmerInnen benötigt worden wären. Im engeren Sinne war vor allem die Verteilung von männlichen und weiblichen AthletInnen nicht repräsentativ. Dies erschwerte die geplanten und von Jensen et al. (2018) vorgeschlagenen Berechnungen der Geschlechtsunterschiede bei SportlerInnen mit mentalen Belastungen. Manche Korrelationen der explorativen Datenanalyse hätten mit einer größeren Stichprobe signifikant werden können, da die Tendenzen auch die bisherigen Forschungsergebnisse von Goutteborge und Aoki et al., (2015) und Foskett & Longstaff (2017) widerspiegeln. Des Weiteren ist es fraglich, ob genau jene professionellen FußballspielerInnen den Fragebogen ausgefüllt haben, welche einen Bezug zu mentalen Belastungen haben. Dies würde eine Verzerrung der Ergebnisse nach sich ziehen, da die Stichprobe dann nicht die gesamte Population verhältnismäßig getreu darstellen würde. Da die Teilnahme der SpielerInnen nach Weiterleitung des Fragebogens durch Verantwortliche des Vereins freiwillig war, lassen sich solche eventuellen Einschränkungen nur schwer umgehen. Außerdem würde eine verpflichtende Teilnahme wohl auch eine Verzerrung des Antwortverhaltens mit sich bringen. Es lässt sich festhalten, dass es auf beide Arten und Weisen der Stichprobenrekrutierung negative Auswirkungen geben würde.

Während der statistischen Auswertung wurde auch ersichtlich, dass bei den Stressoren eine Multikollinearität zwischen bestimmten Variablen vorliegt. Dem Anschein nach fassten die StudienteilnehmerInnen die Stressoren *akute Verletzung* und *kritisches Lebensereignis* zu großen Teilen als ähnliche, wenn nicht sogar als redundante Fragen auf. Ebenso gab es bei der Frage nach der Anzahl an Verletzungen und Anzahl an Operationen eine hohe Korrelation untereinander. Verständlich ist dies dadurch, da sich diese beiden Fragen gegenseitig beeinflussen. Ohne Verletzung kommt es auch zu keiner Operation. Für zukünftige Forschungen sollte dabei eine differenzierte Art der Fragestellung nach diesem Stressor gewählt werden. Am naheliegendsten wäre dabei eine qualitative Befragung mittels standardisierten

Interviews zum Ausmaß der mentalen Belastung bei professionellen FußballspielerInnen bezogen auf Operationen und der damit einhergehenden Ausfallszeit. Erklärbar wird dadurch, weshalb nur Zusammenhänge mit den Variablen Anzahl Verletzung und akute Verletzung signifikant geworden sind.

Des Weiteren ist eine Alpha-Fehlerinflation nicht auszuschließen, da keine Bonferroni-Korrektur durchgeführt wurde. Hierbei soll jedoch festgehalten werden, dass bei der vorliegenden Studie der Fokus nicht darauf lag, wie viele Korrelationen signifikant werden, sondern ob sich eine Tendenz zeigt, dass spezifische Stressoren mit mentaler Belastung bei professionellen FußballspielerInnen zusammenhängen. Da dieser grundsätzliche Einfluss über die meisten Hypothesen ersichtlich ist, erscheint eine vorsichtige Interpretation der unkorrigierten p -Werte als angemessen.

Bei der Erstellung des Fragebogens gab es rückblickend ebenfalls leichte Mängel. Die Auswahlmöglichkeit für die Anzahl an Verletzungen hätte noch höher eingestellt werden sollen, da sich bei der Auswertung zeigte, dass fast ein Viertel der TeilnehmerInnen die maximale Antwort „mehr als 5 Verletzungen“ angegeben haben. Dies wäre in diesem Sinne relevant gewesen, um zu erheben, wie viele Verletzungen professionelle AthletInnen bis zum Ende ihrer Karriere erleiden.

6.4 Ausblick und Implikationen für Forschung und Praxis

In Zukunft wäre es zur Durchführung einer Studie zur mentalen Belastung bei professionellen SportlerInnen definitiv von Vorteil, eine Kooperation mit einem Dachverband der Sportart anzustreben. Die Reichweite der Untersuchung könnte um ein Vielfaches erhöht werden und damit eine größere und repräsentativere Stichprobe ermöglichen. Dadurch ergäbe sich auch eine breitere Palette an Möglichkeiten der statistischen Auswertung. Es könnten homogenere Gruppen bezüglich Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen erzielt werden und dadurch aussagekräftigere Schlüsse gezogen werden. Der Zeitpunkt wann die Studie umgesetzt wird und wie lange die Möglichkeit zur Beantwortung des Fragebogens besteht, ist ebenfalls nicht zu vernachlässigen. Ein teilnehmender Verein aus der Bundesliga der Frauen erteilte zwar eine schriftliche Zusage für die Weiterleitung der Studie, jedoch erst nachdem zwei wichtige, anstehende Saisonspiele absolviert waren. Ob die Spielerinnen in dieser intensiven Zeit der Meisterschaft sich freiwillig für die Teilnahme an einer Studie interessieren ist zumindest fragwürdig. Jedoch bleibt es schwierig, den richtigen Zeitpunkt für die Realisierung einer solchen Studie zu finden, da in der spielfreien Zeit der Meisterschaft häufig Transferzeiträume eingeplant sind. Etliche SpielerInnen

befinden sich dann im Urlaub, weshalb nur eine geringe Bereitschaft vorliegt, freiwillig einen Fragebogen auszufüllen. Daher könnte dies auch noch eine optionale Frage einer zukünftigen Untersuchung sein, welche Phasen professionelle FußballspielerInnen in Österreich als arbeitsintensiv und welche als eher stressfrei erleben. Mit diesem Wissen könnten bevorstehende Erhebungen besser geplant und mit größerer Beteiligung umgesetzt werden.

Auffallend war während der Literaturrecherche, dass nur sehr wenige Studien zum Thema Resilienz in Bezug auf professionelle FußballspielerInnen vorliegen. Falls Resilienz Teil einer Untersuchung war, basierte die Stichprobe meist auf der Allgemeinbevölkerung und nur wenige beschäftigten sich mit Personen, welche eine Sportart hauptberuflich ausüben. Doch genau in diesem Bereich wäre das Thema Resilienz von äußerster Wichtigkeit, um die gesunde mentale Verfassung von Sportlerinnen und Sportlern zu schützen, damit sie während eines Wettkampfs auch ihre beste Leistung abrufen können. Außerdem bräuchte es dafür auch ein Inventar zur Messung von Resilienz für SportlerInnen, da bisher stets Skalen zur Erhebung für die Allgemeinpopulation verwendet wurden. Für die Forschung wäre es deshalb von großer Relevanz dieses Thema weiter zu vertiefen und mit praktischen Interventionen zu ergänzen.

In der Praxis wird die vorliegende Studie ebenfalls noch präsentiert und erörtert. Durch eine Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Fußballer, einer Interessensvertretung aller in Österreich tätigen Amateur- und Profifußballer, kann die vorliegende Studie einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden und mehr Aufmerksamkeit auf das Thema der mentalen Belastung bei professionellen FußballspielerInnen lenken. Von dieser Stelle aus ließen sich auch gewisse Prozesse in Gang setzen, die zur Verbesserung der Unterstützung von Fußballspielerinnen und Fußballspielern führen können, wie von Moesch et al. (2018) gefordert.

6.5 Conclusio

Der Zweck der vorliegenden Studie war es, die mentale Belastung und psychische Widerstandsfähigkeit von weiblichen und männlichen professionellen Fußballspielern unter Berücksichtigung von externalen Stressoren zu erheben. Dabei wurde ersichtlich, dass eine akute Verletzung oder häufige Verletzungen mit der psychischen Verfassung der AthletInnen zusammenhängen. Ebenso konnte gezeigt werden, dass aktive SportlerInnen mit hoher Resilienz tendenziell weniger belastet waren. Dies lässt darauf schließen, dass weitere Forschung und Bewusstseinsbildung

für die Relevanz der mentalen Gesundheit bei professionellen FußballspielerInnen im Sinne einer optimalen Versorgungsstruktur unerlässlich sind.

Literaturverzeichnis

- Arnold, R., & Fletcher, D. (2012). A research synthesis and taxonomic classification of the organizational stressors encountered by sport performers. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 34(3), 397–429. doi:10.1123/jsep.34.3.397
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Braam, C., van Oostrom, S. H., Terluin, B., Vasse, R., de Vet, H. C. W., & Anema, J. R. (2009). Validation Study of a Distress Screener. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19, 231–237. doi:10.1007/s10926-009-9178-z
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using spss: And sex and drugs and rock 'n' roll* (3. Aufl.). Los Angeles, CA: Sage.
- Foskett, R. L., & Longstaff, F. (2017). The mental health of elite athletes in the United Kingdom. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21(8), 765–770. doi:10.1016/j.jsams.2017.11.016
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2008) *Psychologie*. 18. Aktualisierte Auflage. München: Pearson Studium.
- Goldberg, D. (1992). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- Gouttebauge, V., & Aoki, H. (2014). Lifespan perspective of professional footballers' health. *Asian Journal of Sports Medicine*, 5(4), E23813. doi:10.5812/asjsm.23813
- Gouttebauge, V., Aoki, H., & Kerkhoffs, G. (2015). Symptoms of Common Mental Disorders and Adverse Health Behaviours in Male Professional Soccer Players. *Journal of Human Kinetics*, 49, 277–286. doi:10.1515/hukin-2015-0130
- Gouttebauge, V., Backx, F., Aoki, H., & Kerkhoffs, G. (2015). Symptoms of Common Mental Disorders in Professional Football (Soccer) Across Five European Countries. *Journal of Sports Science and Medicine*, 14, 811–818.
- Gouttebauge, V., Frings-Dresen, M. H. W., & Sluiter, J. K. (2015). Mental and psychosocial health among current and former professional footballers. *Occupational Medicine*, 65, 190–196. doi:10.1093/occmed/kqu202

- 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 Sports*, 18, 255–261. doi:10.1016/j.jsams.2014.04.006
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Publications.
- IBM Corporation. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 21.0.0.0) [Computer Software]. Armonk, NY: IBM Corporation.
- Jacelon, C. (1997). The trait and process of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 123–129. doi:10.1046/j.1365-2648.1997.1997025123.x
- Jensen, S. N., Ivarsson, A., Fallby, J., Dankers, S., & Elbe, A. (2018). Depression in Danish and Swedish elite football players and its relation to perfectionism and anxiety. *Psychology of Sport & Exercise*, 36, 147–155. doi:10.1016/j.psychsport.2018.02.008
- Kristiansen, E., Halvari, H., & Roberts, G. C. (2012). Organizational and media stress among professional football players: testing an achievement goal theory model. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 22, 569–579. doi:10.1111/j.1600-0838.2010.01259.x
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leppert, K., Koch, B., Brähler, E., & Strauß, B. (2008). Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 226–243.
- Lundin, A., Hallgren, M., Theobald, H., Hellgren, C., & Torgén, M. (2016). Validity of the 12-item version of the General Health Questionnaire in detecting depression in the general population. *Public Health*, 136, 66–74. doi:10.1016/j.puhe.2016.03.005
- Moesch, K., Kenttä, G., Kleinert, J., Quignon-Fleuret, C., Cecil, S. & Bertollo M. (2018). FEPSAC position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision. *Psychology of Sport & Exercise*, 38, 61–71. doi:10.1016/j.psychsport.2018.05.013
- Professional Footballers' Association. (2019). *24/7 Helpline and Support Network*. Retrieved June 20, 2019, from <https://www.thepfa.com/wellbeing/24-7-helpline>
- Romppel, M., Braehler, E., Roth, M., & Glaesmer, H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing? Dimensionality and psychometric

- properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 406–413. doi:10.1016/j.comppsy.2012.10.010
- Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2009). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20, 839–843.
- Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B., & Brähler, E. (2005). Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53, 16–39.
- Terluin, B., Van Marwijk, H. W. J., Adèr, H. J., de Vet, H. C., Penninx, B. W., Hermens, M. L., van Boeijen, C. A., van Balkom, A. J., van der Klink, J. J., & Stalman, W. A. (2006). The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC Psychiatry*, 6. doi:10.1186/1471-244X-6-34
- Terluin, B., van Rhenen, W., Schaufeli, W.B., & de Haan, M. (2004). The four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population. *WorkStress*, 18, 187–207. doi:10.1080/0267837042000297535
- Wagnild, G. M. & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.
- Wittchen, H. U., & Hoyer, J. (2011) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Pfad-Diagramm der statistischen Auswertung	23
Abbildung 2. Anzahl der Verletzungen	27
Abbildung 3. Anzahl der Operationen.....	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Anteil Probanden nach Spielklassen.....	17
Tabelle 2. Ergebnisse des Shapiro-Wilk Tests	24
Tabelle 3. Reliabilitätsanalysen der einzelnen Skalen	25
Tabelle 4. Grafische Darstellung der Ergebnisse der Skalen	26
Tabelle 5. Ergebnisse Forschungsfrage 1: Zusammenhang der Stressoren mit sportberuflichem Distress	28
Tabelle 6. Ergebnisse Forschungsfrage 2: Zusammenhang der Stressoren mit generellem Distress	29
Tabelle 7. Ergebnisse Forschungsfrage 3: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und sportberuflichem Distress	30
Tabelle 8. Ergebnisse Forschungsfrage 3: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und generellen Distress	30
Tabelle 9. Ergebnisse Forschungsfrage 5: Zusammenhang der Stressoren mit Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.....	31
Tabelle 10. Ergebnisse Forschungsfrage 6: Mediationsanalyse des Zusammenhangs von Stressoren und Symptomen von Ängstlichkeit/Depression.....	32

Abstract (Deutsch)

Ziele: Das Ziel der vorliegenden Studie war es, die mentale Belastung bei weiblichen und männlichen professionellen Fußballspielern in Österreich zu untersuchen. Obwohl dieses Thema in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt ist, existiert im Fußballsport noch immer eine Hemmschwelle, über psychische Erkrankungen zu sprechen. Daher soll sich diese Forschung auf die mentale Gesundheit beziehen und sich sowohl mit Risiko- als auch protektiven Faktoren, denen professionelle SportlerInnen gegenüberstehen, auseinandersetzen. **Methode:** Über einen Zeitraum von einem Monat wurde die Einladung zur Teilnahme an der Online-Umfrage an 86 Fußballvereine versendet. 47 AthletInnen ($M_{Alter} = 23.04$, $SD_{Alter} = 5.76$) füllten den Fragebogen korrekt aus und wurden für gruppenbezogene Analysen verwendet. Zur Erhebung der mentalen Gesundheit wurden die Skalen Distress,

Symptome von Ängstlichkeit/Depression und Resilienz mittels validierten Verfahren gemessen. Diese Werte wurden mit Stressoren wie häufigen Verletzungen, Anzahl an Operationen, kritischen Lebensereignissen und akuter Verletzung in Zusammenhang gesetzt. **Ergebnisse:** Bei 17% der professionellen FußballspielerInnen lag Distress in Bezug auf deren sportberufliches Leben vor. Symptome von Ängstlichkeit/Depression wurden bei 34% festgestellt. Resiliente SportlerInnen wiesen signifikant geringere mentale Belastung auf. Darüber hinaus konnten Korrelationen zwischen Stressoren und dem psychischen Gesundheitszustand der ProbandInnen gefunden werden. **Schlussfolgerungen:** Es zeigte sich, dass das Vorliegen einer akuten Verletzung oder eine hohe Anzahl an Verletzungen mit dem psychischen Wohlbefinden von professionellen FußballspielerInnen zusammenhängt. Des Weiteren konnten keine Geschlechterunterschiede festgestellt werden, was jedoch auch durch die geringe Stichprobengröße und homogene Gruppen erklärt werden kann. In Zukunft sollten weitere Forschung und Bewusstseinsbildung bezüglich mentaler Belastung zu einer besseren Versorgungssituation in Österreich führen.

8.4 Abstract (English)

Purpose: The aim of the present study, was to investigate the mental burden of female and male professional football players in Austria. Although this topic has been brought to the focus of attention in recent years, there is still an inhibition level to talk about mental illness in professional football (soccer). That's why this research shall focus on mental health as well as risk and protective factors faced by football players. **Methods:** During the period of one month, the invitation to participate in the online survey was sent to 86 football clubs. Forty-seven athletes ($M_{Age} = 23.04$, $SD_{Age} = 5.76$) completed the questionnaire correctly and were used for statistical analysis. Only validated instruments were used to inquire mental health traits as distress, symptoms of anxiety/depression and resilience. These values were set in relation to stressors like frequent injuries, number of surgeries, critical live events and acute injury. **Results:** The prevalence for investigated scales were 17% for distress and 34% for symptoms of anxiety/depression. Resilient athletes showed significantly less mental stress. In addition, correlations between stressors and the psychological health of the subjects were found. **Conclusions:** It has been established, that the presence of an acute injury or a high number of injuries are related to mental well-being of professional football players. Furthermore, no gender differences were found throughout the

analysis, though this can be explained by the small sample as well as the homogenous group. In the future, further research and awareness raising on mental stress should lead to a better care situation in Austria.