

SMHAT-1

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1
ENTWICKELT VON DER IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



Name Athlet:in: _____

Athlet:innen ID Nummer: _____

Was ist das SMHAT?

Das International Olympic Committee (IOC) Sport Mental Health Assessment Tool 1 (SMHAT-1) ist ein standardisiertes Screening-Verfahren mit dem Ziel, Eliteathlet:innen (definiert als Leistungssportler:innen, Olympia- oder Paralympiateilnehmer:innen, 16 Jahre oder älter) mit potenziell Risiko für entstehende oder bereits vorhandene psychische Symptome/Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, um eine zeitnahe Vermittlung oder Behandlung zu ermöglichen.

Wer sollte das SMHAT-1 nutzen?

Das SMHAT-1 kann von Sportmediziner:innen und zugelassenen/registrierten Gesundheitsfachkräften verwendet werden. Die klinische Bewertung (und die damit verbundene Betreuung) des SMHAT-1 (siehe Schritt 3b) sollte jedoch nur von Sportmediziner:innen und/oder zugelassenen/registrierten psychischen Gesundheitsfachkräften durchgeführt werden. Wenn Sie kein/e Sportmediziner:in oder eine andere zugelassene/registrierte medizinische Fachkraft sind, nutzen Sie bitte das IOC Sport Mental Health Recognition Tool 1 (SMHRT-1). Physiotherapeut:innen oder Athletiktrainer:innen, die mit Sportmediziner:innen zusammenarbeiten, können das SMHAT-1 nutzen, jegliche Betreuung oder Intervention sollte allerdings die Verantwortung des/der Sportmediziner:in bleiben.

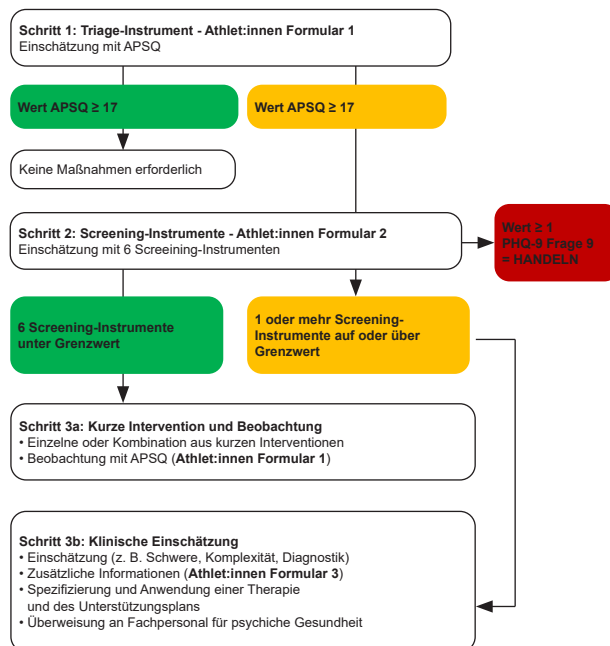
Wieso sollte das SMHAT-1 genutzt werden?

Psychische Symptome/Erkrankungen sind unter aktiven und früheren Eliteathlet:innen weit verbreitet. Psychische Erkrankungen werden in der Regel als Konditionen definiert, die klinisch signifikante Belastungen oder Beeinträchtigungen verursachen, die bestimmte diagnostische Kriterien erfüllen, wie z.B. im DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) oder dem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme). Psychische Symptome werden dagegen selbst berichtet und können bedeutsam sein, treten allerdings nicht in Mustern auf, die spezifische diagnostische Kriterien erfüllen und verursachen nicht unbedingt signifikante Belastungen oder funktionale Beeinträchtigungen.

Wann sollte das SMHAT-1 genutzt werden?

Das SMHAT-1 sollte idealerweise sowohl in die Phase der Wettkampfvorbereitung (z.B. ein paar Wochen nach Trainingsbeginn), als auch in die Mitte und das Ende einer Saison eingebaut werden. Zudem sollte das SMHAT-1 idealerweise genutzt werden, wenn dem/der Athlet:in ein bedeutendes Ereignis widerfährt, wie eine Verletzung/Erkrankung, Operation, unerklärliche Leistungsbedenken, nach großen Wettkämpfen/Wettkampfszyklen, Verdacht auf Belästigung/Missbrauch, kritische Lebensereignisse und dem Übergang ins Karriereende.

Um diese Papierversion des SMHAT-1 zu nutzen, drucken Sie es bitte einseitig aus. Das SMHAT-1 kann in seiner jetzigen Fassung kostenlos kopiert und an Einzelpersonen, Mannschaften, Gruppen und Organisationen verteilt werden. Jede Änderung benötigt eine spezielle Genehmigung der IOC MHGW und jede Übersetzung muss der IOC MHGW gemeldet werden. Das SMHAT-1 darf nicht umbenannt und für kommerzielle Zwecke verkauft werden. Weitere Informationen über die Entstehung des SMHAT-1 und die dazugehörigen Screening-Instrumente (einschließlich der psychometrischen Eigenschaften) sind in der dazugehörigen Publikation im British Journal of Sports Medicine dargestellt.



Schritt 1. Triage-Instrument für psychische Symptome und Erkrankungen

● Beziehen Sie sich für diesen Schritt auf das Athlet:innen Formular 1. Füllen Sie das Folgende aus.

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 10 Fragen aufaddieren.

Gesamtwert

Gesamtwert 10 – 16 → Keine weiteren Maßnahmen erforderlich

Gesamtwert 17 – 50 → Der/die Athlet:in sollte das Athlet:innen Formular 2 ausfüllen. Im Anschluss gehen Sie weiter zu Schritt 2

1

Schritt 2. Screening-Instrumente für psychische Symptome und Erkrankungen

● Beziehen Sie sich für diesen Schritt auf das Athlet:innen Formular 2. Füllen Sie das Folgende aus.

Screening 1 (Angst)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 7 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Screening 2 (Depression)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 9 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Notieren Sie den Wert (0, 1, 2 oder 3) des/der Athlet:in bei Frage 9

Wert

Screening 3 (Schlafstörung)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 5 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Screening 4 (Alkoholmissbrauch)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 3 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Screening 5 (Drogenmissbrauch)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 4 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Notieren Sie, welche Droge(n) Probleme für den/die Athlet:in verursacht haben

Droge(n)

Screening 6 (Essstörung)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 6 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

2

Ergebnistabelle für Schritt 2 (Screening)

🔴 **Beziehen Sie sich auf alle zuvor berechneten Werte und füllen Sie die Ergebnistabelle aus; notieren Sie die Screening-Werte und kreuzen Sie die entsprechende Box an.**

	Gesamtwert	Unter Grenzwert	Auf oder über Grenzwert
Angst (Screening 1)		0-9 ☐	≥10 ☐
Depression (Screening 2)		0-9 ☐	≥10 ☐
Depression Frage 9 (Screening 2)		0 ☐	≥1 ☐
Schlafstörung (Screening 3)		0-7 ☐	≥8 ☐
Alkoholmissbrauch (Screening 4)		Männer 0-3; ☐ Frauen 0-2 ☐	Männer ≥4; ☐ Frauen ≥3 ☐
Drogenmissbrauch (Screening 5)		0-1 ☐	≥2 ☐
Essstörung (Screening 6)		0-3 ☐	≥4 ☐

Angst: Wert 5-9 = leicht; Wert 10-14 = mittel; Wert ≥15 = schwer

Depression: Wert 5-9 = leicht; Wert 10-14 = mittel; Wert 15-19 = mittelschwer; Wert ≥20 = schwer

Schlafstörung: Wert 5-7 = leicht; Wert 8-10 = mittel; Wert ≥11 = schwer

Angekreuzte Box für Depression Frage 9 → Sofort Maßnahmen ergreifen, um die Sicherheit des/der Athlet:in sicherzustellen

Alle Screening-Werte unter dem Grenzwert → Gehen Sie weiter zu Schritt 3a

Ein oder mehrere Screening-Werte auf oder über dem Grenzwert → Gehen Sie weiter zu Schritt 3b

3

Schritt 3a. Kurze Intervention und Beobachtung

🔴 **Überweisen Sie den/die Athlet:in zu einer einzelnen Intervention oder einer Kombination von kurzen Interventionen wie Psychoedukation, Achtsamkeit, Meditation, Training mentaler Fähigkeiten oder Stresskontrolle.**

🔴 **Nach Abschluss der kurzen Intervention(en) sollte der/die Athlet:in mit dem Triage-Instrument (Athlet:innen Formular 1) erneut eingeschätzt und weitere Maßnahmen wie folgt angewandt werden:**

Gesamtwert 10 – 16 → Keine weiteren Maßnahmen erforderlich

Gesamtwert 17 – 50 → Der/die Athlet:in sollte in Schritt 3b fortfahren

Schritt 3b. Klinische Einschätzung und Betreuung

Dieser Schritt sollte von Sportmediziner:innen oder Fachpersonal für psychische Gesundheit durchgeführt werden. Ziel dieses Schrittes ist es, eine ausführliche klinische Einschätzung durchzuführen, um wichtige Probleme/Diagnosen zu erkennen und einen Betreuungs-/Interventionsplan zu erstellen.

🔴 **Überprüfen und interpretieren Sie die Triage- und Screening-Werte und führen Sie eine klinische Einschätzung durch, um zusätzliche Informationen zu erhalten. Erkundigen Sie sich über vergangene oder aktuelle Belastungen/Missbräuche innerhalb oder außerhalb vom Sport.**

🔴 **Ihre ausführliche Einschätzung sollte Folgendes berücksichtigen:**

Schwere

Die Schwere bezieht sich auf die Wahrscheinlichkeit, dass ein erkanntes klinisches Problem die Gesundheit und das Wohlbefinden des/der Athlet:in signifikant beeinträchtigt, in dem es beispielsweise schwere funktionale Beeinträchtigungen, schwer gestörtes Verhalten und/oder ein Risiko für sich selbst oder andere verursacht (z.B. (Selbst-)Mord Absichten, erhebliche Selbstvernachlässigung, oder Elektrolytanomalien bei Essstörungen).

Komplexität

Die Komplexität bezieht sich auf komorbide psychische Erkrankungen und andere medizinische Konditionen (z.B. Alkoholmissbrauchsstörung und Angst, Depression und Diabetes Mellitus, oder eine andere psychische Erkrankung und signifikante Verletzung des Bewegungsapparates) und/oder erhebliche sportbezogene (Leistungsbedenken, Unzufriedenheit mit der Karriere) oder nicht-sportbezogene (Beziehungs- oder Finanzprobleme, Trauer) Stressoren. Beachten Sie, dass erfolgreich zu sein auch ein großes Lebensereignis sein kann, das zu unerwartetem Stress führt.

Diagnostische Unsicherheit

Diagnostische Unsicherheit bezieht sich auf alle Zweifel an einer Diagnose. Beispielsweise die Unterscheidung von einer hohen sportbezogenen körperlichen Aktivität und Überaktivität, die bei Hypomanie und ADHS gefunden wird, funktionaler und leistungsbezogener Ernährung von einer Essstörung, oder Depression von bipolarer Störung.

Nichtansprechen auf Behandlung

Das Nichtansprechen auf Behandlung bezieht sich darauf, dass der/die zuerst behandelnde Therapeut:in ein oder zwei Behandlungszyklen durchgeführt hat, ohne eine Response oder lediglich eine Teilresponse zu erreichen.

Notieren Sie das/die bedeutendsten Problem(e) des/der Athlet:in in der folgenden Tabelle (Spalte 'Problem') und füllen Sie die Tabelle aus, indem Sie die entsprechende(n) Box(en) ankreuzen, wenn sie zutreffen.

Problem	Schwere	Komplexität	Diagnostische Unsicherheit	Nichtansprechen auf Behandlung
Problem 1				
Problem 2				
Problem 3				

In Fällen, die weder schwer, komplex, diagnostisch unsicher, noch nichtansprechend auf Behandlungen sind → Die Behandlung/Unterstützung kann von Sportmediziner:innen/Hausärzt:innen angeboten werden. (Hier kann die Konsenserklärung des IOC zur mentalen Gesundheit von Eliteathlet:innen als Orientierungshilfe genutzt werden)

In Fällen von diagnostischer Unsicherheit oder wenn zusätzliche Informationen nützlich sein könnten → Ziehen Sie in Betracht, ob ein oder mehrere zusätzliche Screening-Instrumente von dem/der Athlet:in ausgefüllt werden sollte(n). Falls passend, nutzen Sie das Athlet:innen Formular 3: Screening 7 für Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, Screening 8 für bipolare Störung, Screening 9 für posttraumatische Belastungsstörung, Screening 10 für Glücksspiel, Screening 11 für Psychosen. Für die Berechnung des/der Gesamtwert(e) und die entsprechende Interpretation beziehen Sie sich auf den letzten Abschnitt dieses Formulars.

In schweren, komplexen, diagnostisch unsicheren Fällen selbst nach angemessenem zusätzlichem Screenen und/oder Nichtansprechen auf Behandlung → Der/die Athlet:in sollte an eine Fachkraft für psychische Gesundheit überwiesen werden (z.B. klinische:r Psycholog:in oder Psychiater:in)

Zusätzliche Screening-Instrumente für psychische Symptome und Erkrankungen

Hierfür benötigen Sie das Athlet:innen Formular 3. Füllen Sie das Folgende aus.

Screening 7 (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 6 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Wert ≥ 4 = Symptome sehr konsistent mit ADHS

Screening 8 (Bipolare Störung)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der Frage 1 aufaddieren

Gesamtwert

Notieren Sie den Wert von Frage 2

Wert

Notieren Sie den Wert von Frage 3

Wert

Mögliche bipolare Störung, wenn Gesamtwert ≥ 7 UND Frage 2 = 1 UND Frage 3 = 1

Screening 9 (Posttraumatische Belastungsstörung)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 5 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Cut-off Wert von 3 = Sensitivität von 0.95 & Spezifität von 0.85; Cut-off Wert von 4 = Sensitivität von 0.83 & Spezifität von 0.91

Screening 10 (Glücksspiel)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 9 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Wert 0 = unproblematisches Spielen; Wert 1-2 = geringes Maß an Problemen mit wenigen oder keinen identifizierten negativen Folgen; Wert 3-7 = mittleres Maß an Problemen, die zu einigen negativen Folgen führen; Wert ≥ 8 = Spielsucht mit negativen Folgen und einem möglichen Kontrollverlust

Screening 11 (Psychosen)

Berechnen Sie den Gesamtwert, indem Sie die Antwortpunkte der 16 Fragen aufaddieren

Gesamtwert

Wert ≥ 6 = Risiko für Psychosen

SMHAT-1

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1
ENTWICKELT VON DER IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



Name Athlet:in: _____ Athlet:innen ID Nummer: _____

Athlet:innen Formular 1

1

Diese Fragen beziehen sich auf Ihr Empfinden in den vergangenen 30 Tagen. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
1. Es fiel mir schwer, von meinen Mannschaftskolleg:innen umgeben zu sein	1	2	3	4	5
2. Es fiel mir schwer, das zu tun, was ich tun muss	1	2	3	4	5
3. Ich war weniger motiviert	1	2	3	4	5
4. Ich war reizbar, wütend oder aggressiv	1	2	3	4	5
5. Ich konnte nicht aufhören, mir Sorgen über Verletzungen oder meine Leistung zu machen	1	2	3	4	5
6. Ich empfand das Training als stressiger	1	2	3	4	5
7. Es fiel mir schwer, mit dem Auswahl Druck umzugehen	1	2	3	4	5
8. Ich habe mir Sorgen um das Leben nach dem Sport gemacht	1	2	3	4	5
9. Ich habe Alkohol oder andere Substanzen gebraucht, um zu entspannen	1	2	3	4	5
10. Ich bin außerhalb des Sports ungewöhnlich hohe Risiken eingegangen	1	2	3	4	5

SMHAT-1

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1
ENTWICKELT VON DER IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



2

Athlet:innen Formular 2

Screening 1

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Gefühl von Angst oder Stress. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	0	1	2	3
2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	0	1	2	3
3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	0	1	2	3
4. Schwierigkeiten zu entspannen	0	1	2	3
5. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	0	1	2	3
6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	0	1	2	3
7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	0	1	2	3

Screening 2

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Gefühl von Schwermut, Traurigkeit oder Melancholie. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	0	1	2	3

Screening 3

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Schlafverhalten. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten Ihr Schlafverhalten in der letzten Zeit beschreibt.

1. Wie viele Stunden haben Sie in letzter Zeit pro Nacht durchschnittlich geschlafen? (Dies unterscheidet sich eventuell von der Stundenzahl, die Sie im Bett verbracht haben)	
5 bis 6 Stunden	4
6 bis 7 Stunden	3
7 bis 8 Stunden	2
8 bis 9 Stunden	1
Mehr als 9 Stunden	0

2. Wie zufrieden/unzufrieden sind Sie mit Ihrer Schlafqualität?

Sehr zufrieden	0
Eher zufrieden	1
Weder zufrieden noch unzufrieden	2
Eher unzufrieden	3
Sehr unzufrieden	4

3. Wie lange haben Sie in letzter Zeit für gewöhnlich gebraucht, um abends einzuschlafen?

15 Minuten oder weniger	0
16 – 30 Minuten	1
31 – 60 Minuten	2
Länger als 60 Minuten	3

4. Wie oft haben Sie Probleme durchzuschlafen?

Nie	0
Ein oder zwei Mal pro Woche	1
Drei oder vier Mal pro Woche	2
Fünf bis sieben Mal pro Woche	3

5. Wie oft haben Sie in letzter Zeit Medikamente eingenommen, die Ihnen beim Schlafen helfen (verschreibungspflichtig oder frei verkäuflich)

Nie	0
Ein oder zwei Mal pro Woche	1
Drei oder vier Mal pro Woche	2
Fünf bis sieben Mal pro Woche	3

Screening 4

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Alkoholkonsum. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, welche am besten Ihren Alkoholkonsum repräsentiert.

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?

Nie	0
Einmal im Monat oder seltener	1
Zwei bis vier Mal im Monat	2
Zwei bis drei Mal pro Woche	3
Vier Mal oder mehrmals pro Woche	4

2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?

Ein alkoholphaltiges Getränk ist z.B. ein kleines Glas oder eine kleine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.

1-2	0
3-4	1
5-6	2
7-9	3
10 oder mehr	4

3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?

Niemals	0
Seltener als einmal im Monat	1
Einmal im Monat	2
Einmal pro Woche	3
Täglich oder fast täglich	4

Screening 5

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren Drogenkonsum innerhalb der letzten 3 Monate. Bitte beantworte die Fragen, indem Sie "Ja" oder "Nein" ankreuzen. Wenn Sie an Drogenkonsum denken, bedenken Sie auch legale Substanzen wie Koffein oder Nikotin, illegale Substanzen (auch Cannabis, selbst wenn es in Ihrem Land/Staat erlaubt ist) und verschriebene Medikamente, die anders verwendet werden als vorgeschrieben (z.B. höhere Dosierung; andere Einnahme, z.B. schnupfen oder spritzen). Beziehen Sie Alkohol **NICHT** mit in Ihre Antworten ein.

	Ja	Nein
1. Haben Sie in den vergangenen drei Monaten daran gedacht, weniger oder keine Drogen mehr zu konsumieren?	1	0
2. Haben Sie sich in den vergangenen drei Monaten geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Drogenkonsums kritisiert wurden?	1	0
3. Haben Sie sich in den vergangenen drei Monaten wegen der Menge Ihres Drogenkonsums schuldig oder schlecht gefühlt?	1	0
4. Sind Sie innerhalb der vergangenen drei Monate einmal wach geworden und wollten direkt Drogen konsumieren?	1	0

Welche von den unten aufgelisteten Drogen oder Substanzen haben in den vergangenen 3 Monaten Schwierigkeiten in Ihrem Leben verursacht? Diese Schwierigkeiten könnten sein: konsumbedingter Stress, Depression, Schlaflosigkeit, finanzielle Belastung, Beziehungskonflikt(e), starker Gebrauch/Überdosierung, Sucht, Entzug, Bewusstlosigkeit/Gedächtnislücken, Flashbacks, Schlägereien, Festnahmen, versäumte Arbeitstage, gesundheitliche Probleme wie Hepatitis, Krampfanfälle, oder Gewichtsverlust. Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Substanzen an.

Keine	Stimulanzien-Nikotin	Halluzinogene (z.B. LSD; Pilze)
Cannabis-Marihuana	Stimulanzien - Kokain in Pulverform	Inhalationsmittel (flüchtige Lösungsmittel)
Cannabis-Öl	Stimulanzien-Crack-Kokain	Opioide - Heroin
Cannabis-Edibles	Stimulanzien-Methamphetamin (z.B. Meth)	Opioide-Opium
Cannabis-Synthetika (z.B. K2; Spice)	Stimulanzien-Methylphenidat (z.B. ADD/ADHD-Medikamente)	Opioide-Schmerzmedikamente (z. B. Oxycodon, Hydrocodon)
Party-Drogen (z.B. MDMA-Ecstasy; GHB)	Stimulanzien - Amphetaminsalze (z.B. Speed; Pep)	Synthetische Cathinone (z.B. Badesalze)
Stimulanzien-Koffein	Dissoziative Drogen (z.B. Ketamin; PCP)	Andere (bitte angeben)

Screening 6

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihr Essverhalten sowie Ihre Gedanken über Lebensmittel, Essen, Ihr Gewicht und Körperbild. Wie oft hat Sie während der letzten zwei Wochen eines der folgenden Probleme gestört? Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Sie sich gefühlt haben.

	Immer	Meistens	Oft	Manchmal	Selten	Nie
1. Ich fühle mich extrem schuldig, wenn ich zu viel gegessen habe	3	2	1	0	0	0
2. Der Wunsch dünner zu sein, beschäftigt mich sehr	3	2	1	0	0	0
3. Ich glaube, dass mein Bauch zu dick ist	3	2	1	0	0	0
4. Ich bin mit meiner Figur zufrieden	0	0	0	1	2	3
5. Meine Eltern haben hervorragende Leistungen von mir erwartet	3	2	1	0	0	0
6. Als Kind war ich sehr bemüht, meine Eltern und Lehrer:innen nicht zu enttäuschen	3	2	1	0	0	0
7. Versuchen Sie momentan abzunehmen?					Ja	Nein
8. Haben Sie schonmal versucht abzunehmen?					Ja	Nein
9. Falls ja, wie oft haben Sie schon versucht abzunehmen?				1-2 Mal	3-5 Mal	>5 Mal

SMHAT-1

The International Olympic Committee Sport Mental Health Assessment Tool 1
ENTWICKELT VON DER IOC MENTAL HEALTH WORKING GROUP



3

Athlet:innen Formular 3

Screening 7

Kreuzen Sie als Antwort auf jede Frage das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten 6 Monaten gefühlt und verhalten haben

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1. Wie oft haben Sie Probleme, die letzten Details eines Projekts abzuschließen, nachdem die schwierigen Teile abgeschlossen sind?	0	0	1	1	1
2. Wie oft haben Sie Schwierigkeiten, Dinge zu ordnen, wenn Sie eine Aufgabe haben, die Organisation erfordert?	0	0	1	1	1
3. Wie oft haben Sie Probleme, sich an Termine oder Verpflichtungen zu erinnern?	0	0	1	1	1
4. Wie oft vermeiden oder verschieben Sie es, eine Aufgabe zu beginnen, die viel Nachdenken erfordert?	0	0	0	1	1
5. Wie oft sind Sie zappelig oder bewegen die Hände oder Füße, wenn Sie lange Zeit sitzen müssen?	0	0	0	1	1
6. Wie oft fühlen Sie sich übermäßig aktiv und unter dem Zwang, Dinge zu tun, als ob Sie von einem Motor angetrieben wären?	0	0	0	1	1

Screening 8

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit "Ja" oder "Nein"

1. Gab es jemals eine Zeit, in der Sie nicht Sie selbst waren und ...	Ja	Nein
...Sie sich so gut oder überdreht fühlten, dass andere dachten, dass Sie irgendwie anders als gewöhnlich waren, oder waren Sie so aufgedreht, dass Sie in Schwierigkeiten gerieten?	1	0
...waren Sie so gereizt, dass Sie Leute anschrien oder Streits oder Auseinandersetzungen angefangen haben?	1	0
...Sie viel weniger Schlaf als üblich bekamen und er Ihnen nicht wirklich fehlte?	1	0
...Sie sich selbstbewusster fühlten als gewöhnlich?	1	0
...Sie viel gesprächiger als sonst waren oder schneller redeten als üblich?	1	0
...Ihre Gedanken durch den Kopf rasten oder Sie Ihre Gedanken nicht bremsen konnten?	1	0
...Sie so leicht durch die Dinge um Sie herum abgelenkt wurden, dass es Ihnen schwer fiel, sich zu konzentrieren oder bei der Sache zu bleiben?	1	0
...Sie viel mehr Energie als sonst hatten?	1	0
...Sie viel aktiver waren oder viel mehr Dinge machten?	1	0
...Sie viel geselliger oder aufgeschlossener waren, z.B. mitten in der Nacht Freunde anrufen?	1	0
...Sie viel mehr Interesse an Sex hatten als gewöhnlich?	1	0
...Sie Dinge taten, die für Sie ungewöhnlich waren oder die andere für übertrieben, verrückt oder riskant gehalten hätten?	1	0
...Ihre Geldausgaben Sie oder Ihre Familie in Schwierigkeiten brachten?	1	0
2. Wenn Sie mehr als eine der Fragen mit JA beantwortet haben, sind einige von diesen jemals während des gleichen Zeitraums aufgetreten?	1	0
3. Wie groß waren die Schwierigkeiten, die dadurch für Sie entstanden – konnten Sie z.B. nicht arbeiten; hatten familiäre, finanzielle oder rechtliche Schwierigkeiten; gerieten in Streit oder Auseinandersetzungen?		
Nicht problematisch = 0	Wenig problematisch = 0	Mäßig problematisch = 1
Ernsthaft problematisch = 1		
4. Hatte ein Blutsverwandter von Ihnen (z.B. Kinder, Geschwister, Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel) eine manisch-depressive Erkrankung oder bipolare Störung?	Ja	Nein
5. Hat Ihnen jemals medizinisches Fachpersonal gesagt, dass Sie an einer manisch-depressiven Erkrankung oder einer bipolaren Störung leiden?	Ja	Nein

Screening 9

Manchmal passieren Menschen Dinge, die ungewöhnlich oder besonders erschreckend, grausam oder traumatisch sind. Beispielsweise schwere Unfälle, Brände, körperlicher oder sexueller Missbrauch, Erdbeben oder Flut, Krieg, Miterleben wie jemand getötet oder schwer verletzt wird, oder der Tod einer geliebten Person durch Mord oder Selbstmord.

Bitte beantworten Sie die folgende Frage mit "Ja" oder "Nein"

Haben Sie jemals eine solche Situation erlebt?		Ja	Nein
Falls ja, ist diese Situation innerhalb oder außerhalb vom Sportgeschehen passiert?	Innerhalb	Außerhalb	Beides

Falls Sie kein solches Ereignis erlebt haben, stoppen Sie hier mit Screening 9 und machen Sie bitte bei Screening 10 weiter. Falls Sie ein solches Ereignis erlebt haben, beantworten Sie bitte die folgenden 5 Fragen.

Haben Sie in Ihrem Leben jemals eine Erfahrung gemacht, die so beängstigend, schrecklich oder erschütternd war, dass Sie im letzten Monat:

	Ja	Nein
Alpträume davon hatten oder daran gedacht haben, wenn Sie es nicht wollten?	1	0
Sich sehr bemüht haben nicht daran zu denken oder sich große Mühe gegeben haben Situationen zu vermeiden, die Sie daran erinnerten?	1	0
Ständig auf der Hut, wachsam oder leicht zu erschrecken waren?	1	0
Sich wie abgestumpft gefühlt haben oder entfremdet von anderen Menschen, Aktivitäten oder Ihrer Umgebung?	1	0
Sich schuldig gefühlt haben oder nicht aufhören konnten, sich selbst oder andere für das Geschehene oder die daraus resultierenden Probleme zu beschuldigen?	1	0

Screening 10

Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am besten beschreibt, wie Ihre Einstellung in den vergangenen 12 Monaten gegenüber Glücksspielen war.

	Nie	Manchmal	Meistens	Fast immer
1. Haben Sie um mehr gespielt, als Sie sich leisten konnten zu verlieren?	0	1	2	3
2. Mussten Sie mit größeren Geldmengen spielen, um das gleiche Gefühl von Aufregung zu bekommen?	0	1	2	3
3. Wenn Sie gespielt haben, sind Sie an darauffolgenden Tagen nochmal zurückgegangen, um das verlorene Geld zurückzugewinnen?	0	1	2	3
4. Haben Sie sich Geld geliehen oder etwas verkauft, um Geld für Glücksspiele zu bekommen?	0	1	2	3
5. Hatten Sie das Gefühl, möglicherweise ein Problem mit Glücksspielen zu haben?	0	1	2	3
6. Haben Glücksspiele bei Ihnen gesundheitliche Probleme, inklusive Stress oder Angst, verursacht?	0	1	2	3
7. Haben Personen Ihr Glücksspielen kritisiert oder Ihnen gesagt, dass Sie ein Problem mit Glücksspielen haben, unabhängig davon ob Sie es als wahr empfinden?	0	1	2	3
8. Haben Glücksspiele für Sie oder Ihren Haushalt finanziellen Probleme verursacht?	0	1	2	3
9. Hatten Sie Schuldgefühle in Bezug auf die Art wie Sie Glücksspiel betreiben oder die Folgen Ihres Spiels?	0	1	2	3

Screening 11

Bitte kreuzen Sie die Antworten an, die am besten beschreibt, wie Sie sich fühlen

		Wenn RICHTIG: wie hoch war die Belastung, die Sie dadurch erlebt haben?			
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
1. Ich fühle mich uninteressiert an den Dingen, an denen ich normalerweise Spaß habe	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
2. Ich scheine Ereignisse genauso zu durchleben, als wenn sie vorher schon passiert sind (déjà vu)	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
3. Ich rieche oder schmecke manchmal Dinge, die andere Menschen nicht riechen oder schmecken können	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3

		Keine	Gering	Mäßig	Stark
4. Ich höre oft ungewöhnliche Geräusche wie Knallen, Knacken, Zischen, Klatschen oder Klingeln in meinen Ohren oder im Raum um mich herum	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
5. Ich bin zeitweise verwirrt, ob etwas, das ich erlebt habe, real oder erfunden/ geträumt ist	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
6. Wenn ich eine Person oder mich selbst in einem Spiegel anschau, sehe ich, dass sich das Gesicht genau vor meinen Augen verändert	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
7. Ich werde sehr unruhig, wenn ich Menschen zum ersten Mal treffe	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
8. Ich sehe Dinge, die andere Menschen offensichtlich nicht sehen können	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
9. Meine Gedanken sind manchmal so stark, dass ich sie fast hören kann	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
10. Ich sehe manchmal besondere Bedeutungen auf Werbeplakaten, in Schaufenstern oder darin, wie Dinge um mich herum angeordnet sind	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
11. Manchmal spüre ich, dass ich keine Kontrolle über meine eigenen Ideen oder Gedanken habe	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
12. Manchmal fühle ich mich plötzlich abgelenkt durch entfernte Geräusche, die mir normalerweise nicht bewusst sind	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
13. Ich höre Dinge, die andere Menschen nicht hören können, wie z.B. Stimmen von Menschen, die flüstern oder sich unterhalten	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
14. Ich spüre oft, dass andere mich misstrauisch beobachten	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
15. Ich habe manchmal das Gefühl, dass eine Person oder eine Kraft um mich herum ist, auch wenn ich niemanden sehen kann	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3
		Keine	Gering	Mäßig	Stark
16. Ich spüre, dass sich Teile meines Körpers in gewisser Weise verändert haben oder dass Teile meines Körpers anders funktionieren als vorher	Richtig ☐ Falsch ☐	0	1	2	3