

Jörg M. Jäger

Westfälische Wilhelms-Universität Münster

# Psychologisch orientierte Interventionen in der Sportrehabilitation – Training der Selbstwirksamkeitsüberzeugung

## Zusammenfassung

Der vorliegende Text gibt einen Einblick in Interventionen, die im Spannungsfeld der Sportrehabilitation und Psychologie angesiedelt sind.

Dazu werden zunächst Vorstellungen über die Begriffe Gesundheit und Rehabilitation entwickelt. Gesundheit wird dabei als ein komplexes bio-psycho-soziales Konstrukt aufgefasst, welches mittels des systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells aus der Gesundheitspsychologie integral beschrieben werden kann. Durch diese Grundlegung stellen rehabilitative Massnahmen im Kontext Sport lediglich eine Facette einer ganzheitlichen Strategie zur Verbesserung des Gesundheitszustandes eines Menschen dar. Gesundheitsförderung und Rehabilitation werden somit als multidisziplinäre Aufgabe verstanden, wovon der Teilbereich mit sporttherapeutischem und psychologischem Charakter genauer betrachtet wird.

Nach einer überblicksartigen Darstellung des Spektrums von Massnahmen im sporttherapeutisch-psychologischen Bereich wird eine Reduzierung auf Interventionen vorgenommen, die dem Training der Selbstwirksamkeitsüberzeugung zuzuordnen sind. Dazu werden theoretische Modelle erläutert und folgend die Ziele der Interventionen sowie einige Methoden beschrieben.

### Schlüsselwörter:

Gesundheit, Sportrehabilitation, psychologische Interventionen, Selbstwirksamkeitsüberzeugung

## Abstract

*Psychologically oriented interventions in sport rehabilitation – Training of self-efficacy*

The following text gives an idea of interventions connected to the fields of sport-rehabilitation and sport psychology.

In the first paragraph concepts of the terms health and rehabilitation are developed. Health is understood as a complex bio-psycho-social construct, which can be described by means of the systemic request-resources-model from the health psychology. From that point of view rehabilitative measures in the context of sport, represent only a facet of an integrated strategy for the improvement of the state of health in human beings. Thus health promotion and rehabilitation are understood as a multidiscipline task, whereof the subset of sport-therapeutic and psychological character is described more precisely.

After a short presentation of the entire spectrum of measures within the sports-therapeutic-psychological area, a concentration on the training of self-efficacy is made. In this area theoretical models, targets of the training as well as methods are described.

### Key words:

Health, sport rehabilitation, psychological measures, self-efficacy

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 50 (2), 59–63, 2002

## Psychologie und Sport als Bestandteile einer umfassenden Rehabilitation

In der Rehabilitation werden Menschen behandelt, die Einschränkungen in ihrer Handlungs- oder Leistungsfähigkeit zeigen. Dass psychologische Prozesse einen Einfluss auf die Handlungs- und Leistungsfähigkeit haben, ist unbestritten. Werden in der sportlichen Rehabilitation solcher Menschen psychologische Prozesse vernachlässigt, so stellt dies eine reduzierte Sichtweise auf das Spektrum von Möglichkeiten dar, die im sportlichen Kontext der Rehabilitation bestehen. Das Training der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist eine Facette dieses Spektrums.

Bevor ein Training zum Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung als ein Bestandteil des gemeinsamen Bereichs von psychologischen und sportrehabilitativen Massnahmen näher diskutiert wird, sollen einige Grundvorstellungen von Rehabilitation und Gesundheit entwickelt werden. Dabei zeigt sich, dass das Verständnis dieser beiden Begrifflichkeiten in der Vergangenheit einem Wandel unterlag. Ein Blick auf Modellvorstellungen von

Gesundheit und in diesem Zusammenhang auch auf Rehabilitation verdeutlicht, warum in der heutigen Praxis in der Regel ein multidisziplinäres Team von Medizinerinnen, Psychologen, Sport- und Physiotherapeuten sowie Sozialpädagogen und anderen ganzheitlich an der Rehabilitation und Gesundheitsförderung von Menschen arbeitet. Aus dieser Herangehensweise wird ersichtlich, dass die Tätigkeitsfelder der einzelnen Teammitglieder Überschneidungen zulassen, in denen sich dann die psychologisch orientierten Interventionen der Sportrehabilitation wiederfinden.

Die klassische Vorstellung von Gesundheit ist wohl am ehesten dem frühen medizinischen Denken zuzuordnen (vgl. Franke, 1993, S. 16). Danach galt ein Mensch als gesund, wenn keine genetischen oder durch Infektionen bedingten Defekte und Krankheiten vorlagen. Diese Vorstellung war lange vorherrschend und spiegelte sich nicht nur in den Leistungskatalogen einer Vielzahl von Krankenkassen, sondern auch im gesellschaftlichen Denken wider. Die Vorstellung, dass Gesundheit lediglich die Abwesenheit von Krankheit sei, ist nicht mehr ganz zeitgemäss und wurde von anderen Auffassungen weitestgehend abgelöst.

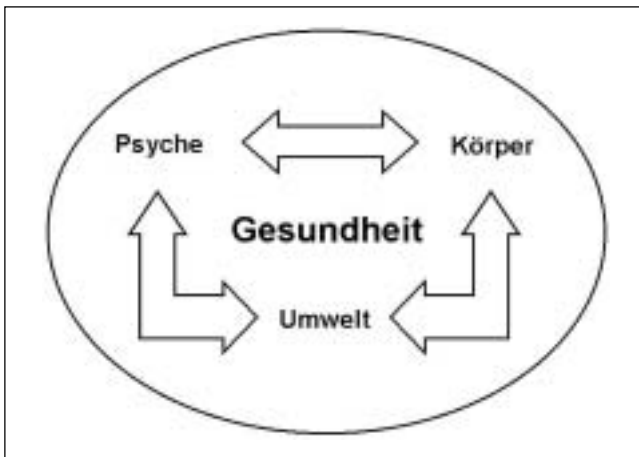


Abbildung 1: Bedingungsgefüge der Gesundheit.

Der Begriff Gesundheit beinhaltet Aspekte, die über die reine Organebene hinausgehen. Er bezieht neben biologischen Aspekten auch die Psyche und das soziale Umfeld eines Menschen mit ein. Im Zusammenhang von Gesundheit spricht die WHO (1963) von «a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» (zit. n. Bös, Wydra & Karisch, 1992, S. 20). Dieser Absolutheitsanspruch («complete») kann in der Form nicht aufrechterhalten werden. Krankheit und Gesundheit werden nicht mehr als «dichotome Größen» aufgefasst, sondern stellen einen veränderlichen Zustand innerhalb eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums dar (vgl. Bös et al. 1992), der massgeblich durch vielschichtige bio-psycho-soziale Umstände beeinflusst wird (Abb. 1) und auf den eine differenzierte Sichtweise nötig ist.

Der Begriff Gesundheit hat bis zum heutigen Tag keine einheitliche Definition erfahren. Es gibt viele verschiedene Vorstellungen darüber, was Gesundheit ist und wie sie gefördert oder wiederhergestellt (rehabilitiert) werden kann. So vielschichtig die Herangehensweisen an das Konstrukt Gesundheit sind, so umfangreich ist der Komplex, auf den eine Rehabilitation abzielen kann. «Unter Rehabilitation wird der Prozess verstanden, eine Person dabei zu unterstützen, ihr optimales Potential an physischen, kognitiven, psychischen und sozialen Fertigkeiten zu erzielen und zu zeigen» (Petermann & Warschburger, 2000, S. 11). Davon ausgehend umfasst sie die Gesamtheit aller Massnahmen, die Einschränkungen auf persönlicher, sozialer oder beruflicher Ebene vermindern oder vermeiden sollen.

Seit einiger Zeit beschäftigen sich bestimmte Forschungsbereiche mit der Entwicklung geeigneter Modelle der Gesundheit. Diese Modelle bieten zum einen weitere Klärungsansätze der Begrifflichkeit Gesundheit, zum anderen stellen sie auch Ansatzpunkte für umfassende, rehabilitative Interventionen heraus. Einen wichtigen Beitrag zu Modellvorstellungen von Gesundheit lieferte Antonovsky (1979, 1993). Durch ihn richtete sich der Aufmerksamkeitsfokus wesentlich hin zu einer Ursachenklärung, was Menschen gesund erhält und weg von einer einseitigen Fragestellung nach krankheitsauslösenden Faktoren. Somit rückten stärker Massnahmen ins Blickfeld, die auf die Entwicklung der Ressourcen eines Menschen abzielen.

Im Folgenden soll ein Gesundheitsmodell zugrunde gelegt werden, wie es Becker (2001) charakterisiert. Es handelt sich dabei um das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell, welches auf einer eher abstrakten Ebene sehr komplex die Einflüsse auf den Gesundheitszustand eines Menschen erklärt. Nach diesem Modell kann der Mensch als ein komplexes System aufgefasst werden, welches aus mehreren Subsystemen (z.B. Psyche, Selbstbild, Selbstwirksamkeit oder Körper, Immunsystem, Zellen) besteht und in verschiedene Suprasysteme (z.B. Familie, Gesellschaftsschicht, Sozialstaat) eingebunden ist. Die einzelnen syste-

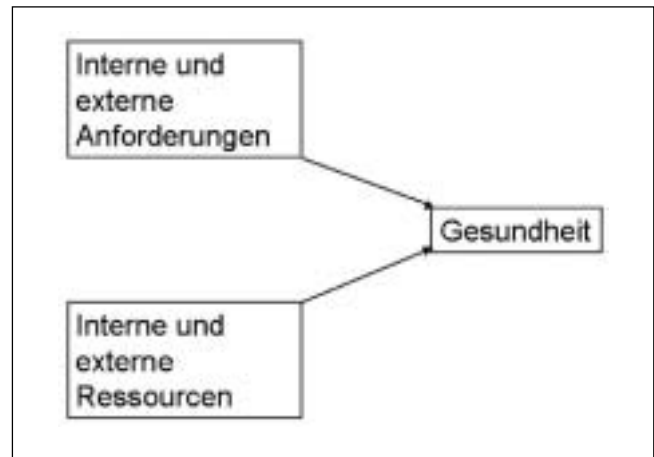


Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung eines Anforderungs-Ressourcen-Modells (Becker, 2001, S. 47).

mischen Prozesse greifen auf das Konzept der Anforderungen und Ressourcen zurück, die in ihrer Wechselwirkung Effekte auf den Gesundheitszustand haben können (Abb. 2). Die Grundannahme besteht darin, dass der Gesundheitszustand eines Menschen davon abhängig ist, «wie gut es ihm gelingt, externe und interne Anforderungen mit Hilfe von externen und internen Ressourcen zu bewältigen» (Becker, 2001, S. 47). Daraus ergibt sich, dass Gesundheitsförderung alle Massnahmen beinhaltet, die auf eine «Verbesserung der Voraussetzungen zur Bewältigung externer und interner Anforderungen» (S. 49) abzielen.

Diese Modellvorstellung zugrunde legend, ergibt sich eine umfassende Perspektive auf mögliche Interventionen, die eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Mediziner, Psychologen, Sport- und Physiotherapeuten, Sozialpädagogen u.a.) voraussetzt. Im Bereich externer Anforderungen kann beispielsweise Überforderung am Arbeitsplatz ein Ansatzpunkt für psychologische Interventionen darstellen. Eher im medizinischen Bereich liegen hingegen die beispielsweise durch Keimbelastungen entstehenden somatischen Probleme. Geht es um einen dadurch bedingten Arbeitsplatzwechsel, fällt dies eher in den Aufgabenbereich der sozialpädagogischen Betreuung und Beratung. Steht der Aufbau körpereigener Ressourcen im Sinne einer verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit im Mittelpunkt, so wäre dies ein klassisches Anwendungsfeld von sport- und physiotherapeutischen Interventionen.

Neben diesen kurz skizzierten Strategien für ein breit angelegtes Vorgehen in der Rehabilitation gibt es eine Reihe weiterer konkreter Möglichkeiten, die nicht näher ausgeführt werden sollen. In jedem Fall wird deutlich, dass innerhalb einer ganzheitlich angelegten Rehabilitation und Gesundheitsförderung nur ein multidisziplinäres Team den Aufgaben gerecht werden kann. Daraus ergeben sich unmittelbar auch Überschneidungen im Tätigkeitsfeld einzelner Berufsgruppen, von denen im Folgenden der Bereich von Psychologie und Sporttherapie genauer betrachtet wird.

Aus der oben erarbeiteten Sichtweise lässt sich feststellen: Die psychologisch orientierten Interventionen in der Sportrehabilitation stellen den Teilbereich im Kontext des Sports dar, der im besonderen Masse auf psychologische Komponenten im Rehabilitationsprozess abzielt (Abb. 3). Die Sportrehabilitation selbst wird als ein Teil einer ganzheitlichen Rehabilitation verstanden, die eine umfassende Verbesserung der Lebensqualität auf verschiedenen Ebenen erreichen möchte. Damit sollen sporttherapeutische Massnahmen mit speziellen psychologischen Strategien lediglich als eine Facette der Gesundheitsförderung verstanden werden, die weder ausschliesslich dem sporttherapeutischen noch psychologischen Arbeitsfeld zuzuordnen ist.

Das in diesem Beitrag schwerpunktmässig beschriebene Training der Selbstwirksamkeitsüberzeugung kann als Intervention zum Aufbau interner (psychischer) Ressourcen verstanden wer-



Abbildung 3: Einordnung psychologisch orientierter Interventionen der Sportrehabilitation in den rehabilitativen Kontext.

den. Im dritten Abschnitt des vorliegenden Textes wird das Konstrukt der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und seine Rolle beim Zustandekommen menschlicher Handlungen näher erläutert. Dabei wird ersichtlich, dass ein gesundheitsbewusstes Verhalten und insbesondere adäquate körperliche Aktivitäten mit durch diesen Faktor beeinflusst werden. Im Allgemeinen können aber auch interne (psychische) Anforderungen im Sinne von Bedürfnissen (z.B. Erholung, Entspannung usw.) anhand von sport- oder physiotherapeutischen Interventionen angegangen werden (vgl. Abschnitt 2, Progressive Muskelrelaxation), so dass diese Massnahmen zunächst losgelöst von der Frage nach Anforderungen oder Ressourcen erscheinen.

Insgesamt sollen psychologische Trainingsformen in Verbindung mit sportlichen Aktivitäten die psychischen Faktoren der Patienten ansprechen und entwickeln, die einen positiven Einfluss auf den Rehabilitationsprozess haben können.

### Psychologische Komponenten und Aspekte der Sportrehabilitation

Es gibt zahlreiche psychologisch relevante Anteile im Kontext der Sportrehabilitation. Im Folgenden werden die Anteile angesprochen, in die ein Therapeut direkt involviert ist. Damit bleiben andere unberücksichtigt, die beispielsweise vornehmlich durch gruppenspezifische Prozesse innerhalb von Patientengruppen bestimmt werden.

Problemfelder der orthopädischen Rehabilitation bzw. der Rehabilitation von inneren Krankheiten, genauso wie akute oder chronifizierte Leiden von Patienten, ambulante oder stationäre Massnahmen dienen als Grundlage für die folgenden, stichpunktartigen Ausführungen. Damit werden Aspekte angesprochen, die teilweise genereller Art sind, in manchen Fällen eher den Spitzensportler oder sportunerfahrenen Patienten oder auch den jungen bzw. älteren Menschen betreffen können. Innerhalb der Sporttherapie, aber nicht nur dort, spielen psychologische Prozesse in den folgenden Bereichen eine wichtige Rolle:

- Bei der Art und Weise, wie sportliche Ziele gesetzt werden, wie ihr Erreichen geplant und wie das Überwinden von Hindernissen berücksichtigt wird, sind Theorien zur *Zielsetzung* (*Goal setting*, vgl. Weinberg & Gould, 1999, S. 305ff.) hilfreich.
- *Kommunikationstheoretische Grundlagen aus der Psychologie* helfen Gespräche zwischen Patienten und Sport- oder Physiotherapeuten effektiv zu gestalten und Missverständnisse zu vermeiden (Schulz von Thun, 2001).
- *Entwicklungspsychologische* und *psychomotorische Gesichtspunkte* sowie Aspekte der *motorischen Entwicklung* sind in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen von besonderem

Interesse (Baur, Bös & Singer, 1994; Durchholz & Müller-Schwarz, 1998).

- *Lern- und instruktionspsychologische Kenntnisse* (Gage & Berliner, 1996; Metzger & Schuster, 2000) sind bei Patientenschulungen wichtig, wenn es z.B. um die Art und Weise der Vermittlung, um Umfänge der transportierten Wissensinhalte, um eingesetzte Medien oder Lehr- und Lernstrategien geht.
- *Verhaltenstherapeutische Ansätze* (Warschburger, Fromme, Wojtalla, Oepen & Petermann, 2001) geben einen Einblick, wie z.B. das Bewegungsverhalten von adipösen Kindern und Jugendlichen modifiziert werden kann.
- *Entspannungsverfahren* bzw. *psychoregulative Verfahren* (Sonneschein, 1989) wie die progressive Muskelrelaxation (Jacobson, 1938; Krahnemann & Haag, 1987; Baumann, 1993, S. 109ff.) können durch Anspannungs- und Entspannungsübungen bestimmter Muskelgruppen eine allgemeine Entspannungsfähigkeit ausbilden.
- Das *mentale Training* kann sich in der orthopädischen Rehabilitation als wirksam erweisen, wenn es z.B. um ein Umlernen von eingeschlossenen, eher nachteiligen Gangbildern handelt (Mayer, 2001).
- Die Mitarbeit an sportlichen Aktivitäten kann durch *Strategien der Selbstmotivierung* (Samulski, 1986) verbessert werden und ggf. auch im Anschluss an die Rehabilitationsmassnahme aufrechterhalten werden.

### Training der Selbstwirksamkeitsüberzeugung in der Sportrehabilitation

Die Begriffe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung oder auch Kompetenzerwartung sind massgeblich durch die Self-Efficacy-Theorie von Bandura (1977) geprägt worden. Man versteht unter diesen oft synonym gebrauchten Begriffen «die Überzeugung einer Person, ein bestimmtes Verhalten organisieren und ausführen zu können» (Wegner, 2000, S. 129). Damit unterscheiden sie sich von der Konsequenzerwartung, die eine Einschätzung des Ergebnisses einer gezeigten Handlung bzw. eines bestimmten Verhaltens ist. Beide zusammen sind wesentliche Faktoren für das Zustandekommen menschlicher Handlungen.

In der sportlichen Rehabilitation und anderen Bereichen (vgl. Eberspächer, Kellmann & Hermann, 1996) spielt die Selbstwirksamkeitsüberzeugung des Patienten eine grosse Rolle. Insbesondere bei sehr schwer traumatisierten oder langzeitverletzten Sportlern, die über einen längeren Zeitraum ein verletztes Körperteil nicht mehr einsetzen konnten, sind psychische Probleme in der körperlichen Rehabilitation häufig von entscheidender Bedeutung. Der Verlust des Vertrauens, ein zuvor verletztes, inzwischen aber weitgehend regeneriertes Körperteil wieder adäquat zu belasten, kann den Rehabilitationsprozess massiv beeinflussen. Genau dort setzt das Training der Kompetenzerwartung an, das von Hermann & Eberspächer (1994) beschrieben wird und auf die Überlegungen von Eberspächer (1990, 1993) zurückgreift.

Ziel dieses Trainings ist der Aufbau und die Stärkung einer situativen Kompetenzerwartung, die in generalisierter Form einerseits die Wahrscheinlichkeit erhöht, «dass betroffene Personen eine gesundheitssportliche Aktivität aufnehmen und ausüben. Andererseits entscheidet die Ausprägung der Kompetenzerwartungen, ob eine Person eine einmal begonnene Aktivität beibehält und damit ein vorzeitiger Abbruch und der Rückfall in die physische Inaktivität vermieden werden» (Brehm & Pahmeier, 1998, S. 227). Um dieses Ziel zu erreichen, werden die von Bandura genannten potenziellen Einflussgrössen oder Quellen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung herangezogen. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um vier Bereiche: (a) eigene Handlungserfahrungen, (b) stellvertretende Erfahrungen (Beobachtung von Modellen), (c) verbale Beeinflussungen und (d) wahrgenommene körperliche und emotionale Zustände (vgl. Brehm & Pahmeier, 1998; Weinberg & Gould 1999, S. 294). Die eigene Handlungserfahrung stellt dabei die wohl wichtigste Einflussgrösse dar. Gerade im Sport lassen sich Handlungserfahrungen besonders gut realisieren,

so dass er durch seine spezifischen Gegebenheiten für den Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung geeignet ist.

### Prognosetraining

Das Basis-Prognosetraining als eine mögliche Methode, die Kompetenzerwartung aufzubauen, setzt an den eigenen Handlungserfahrungen an und soll folgend in Anlehnung an das Konzept von Hermann & Eberspächer (1994) beschrieben werden. Kernstück des Trainings ist, dass der Patient oder verletzte Sportler selbst eine Prognose über seine Leistungsfähigkeit abgibt, bevor er eine bestimmte körperliche Aktivität leistet. Darüber soll eine realistische Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit durch aktive, kognitive Prozesse des Patienten erreicht und das Selbstvertrauen aufgebaut werden. Die Systematik des Basis-Prognosetrainings umfasst sechs Ablaufschritte (Tab. 1).

Ablaufschritt	Vorgehen	Beteiligte Personen
1	Aufgabenstellung	Betreuende Person(en)* Sportler
2	Prognosestellung	Sportler
3	Durchführung der Anforderung	Sportler
4	Ergebnisfeststellung	Betreuende Person(en)* Sportler
5	«Objektive» Analyse	1. Sportler 2. Betreuende Person(en)*
6	Prognose überprüfen	Sportler

\* z.B. Sportphysiotherapeut, Trainer, Trainingswissenschaftler

Tabelle 1: Ablauf des Basis-Prognosetrainings (nach Hermann & Eberspächer, 1994, S. 97).

Im ersten Schritt legen die betreuenden Personen zusammen mit dem Patienten oder Sportler die Aufgabenstellung fest. Diese muss mit Bedacht gewählt werden und gerade bei Aufnahme des Prognosetrainings möglicherweise eher leicht unter den aktuellen Möglichkeiten liegen. Die spezifische Aufgabe, beispielsweise die Art oder Intensität der Belastung, sollte sich dem Genesungsprozess anpassen und muss in jedem Fall mit dem betreuenden Mediziner abgesprochen werden.

Der Aufgabenstellung schliesst sich die Prognose des Patienten an (zweiter Schritt). Sie sollte einen ernsthaften und verbindlichen Charakter haben. Das schriftliche Fixieren der vorhergesagten Leistungsfähigkeit ist in jedem Fall angebracht. Dadurch erhöht sich zum einen die Verbindlichkeit der Vorhersage und zum anderen werden Fortschritte in der eigenen Kompetenzerwartung im Sinne von höher prognostizierten Leistungen dokumentiert.

Im dritten Schritt versucht der Patient, die ihm gestellte Aufgabe zu lösen. Die Handlungsausführung dient dem späteren Vergleich der Prognose mit dem tatsächlichen gezeigten Verhalten. Der Sporttherapeut stellt daraufhin gemeinsam mit dem Patienten das Ergebnis fest (vierter Schritt).

Die Analyse im fünften Schritt ist ein wichtiger Baustein im Prognosetraining. Dort soll erarbeitet werden, ob die Prognose realistisch war, ob sie zutraf, welche Ursachen der Übereinstimmung oder Differenz zwischen Prognose und tatsächlicher Leistung zugrunde liegen usw. Sie soll zunächst durch den Patienten selbst vorgenommen werden, bevor in Zusammenarbeit mit dem Betreuer oder Sporttherapeuten die Analyse verfeinert oder überarbeitet wird. Im sechsten und letzten Schritt wird die Prognose überprüft und ggf. für das zukünftige Training korrigiert.

Diese Art des «psychologischen Trainings» ist für Patienten geeignet, deren Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit unter der tatsächlichen liegt. Wie eingangs erwähnt, kann dieses Phäno-

men besonders bei langzeitverletzten Sportlern vorkommen. Oft trifft es auch auf chronisch erkrankte Patienten zu, die teilweise völlig zu Unrecht ihren Körper weit über (physiologisch) sinnvolle Masse hinaus schonen. «Wenn im Verlauf dieser Trainingsmassnahmen Prognosen und Leistungen relativ übereinstimmen, resultiert daraus ein motivierendes Gefühl der Kontrolle über die Situation sowie die angezielte Kompetenzerwartung» (Hermann & Eberspächer 1994, S. 96).

Ergänzend soll an einem konkreten, aber konstruierten Beispiel verdeutlicht werden, wie das Basis-Prognosetraining in den sporttherapeutischen Alltag integriert werden kann:

Am Beginn der sport- oder physiotherapeutischen Interventionen steht in der Regel zunächst die Diagnostik. In diesem Beispiel soll diese durch eine spiroergometrische Untersuchung mit maximaler Ausbelastung gestellt werden. Diese Untersuchung wird zumeist bei Ein- und Austritt, ggf. auch als Verlaufskontrolle durchgeführt. Da ein solcher Test weitestgehend unter standardisierten Bedingungen abläuft und in hohem Masse von der aktuellen Leistungsfähigkeit des Patienten abhängt, eignet er sich besonders zu einem Prognosetraining, falls die Einschätzung des Patienten der eigenen Leistungsfähigkeit unter der tatsächlichen liegt. Die Aufgabenstellung sei demnach in diesem Fall die spiroergometrische Untersuchung bis zur Ausbelastung. Als Prognosestellung eignen sich Angaben über die maximale Wattleistung bei Ausbelastung. In dem konstruierten Beispiel soll der Patient bereits Vorerfahrungen aus der Eintrittsuntersuchung haben und demnach eine eher optimistische Prognose abgeben. Hier könnte ein Patient mit einer maximalen Wattleistung von 200 Watt bei Eintritt als Prognose 250 Watt für die Austrittsuntersuchung angeben. Diese Prognose wird möglichst schriftlich fixiert, zumindest aber verbindlich verbalisiert, d.h. der Patient teilt seine Prognose dem Untersucher und anwesenden Arzt im Labor mit. Daran schliesst sich die tatsächliche Testdurchführung mit der Ergebnisfeststellung an. Die erreichte Wattleistung wird mit der prognostizierten verglichen. In der darauf folgenden Analyse soll der Patient Ursachen und Gründe für das Erreichen oder auch Nichterreichen der prognostizierten Leistung nennen. Die Analyse wird durch die Einschätzungen des Sporttherapeuten ergänzt und ggf. ausdifferenziert. Beispielsweise könnte aus dieser Perspektive eine bestimmte Trainingsmethode oder Intervention mitverantwortlich für eine Leistungssteigerung sein. Aufgrund der gemeinsamen Analyse wird dann die Prognose überprüft und ggf. begründet korrigiert. Hat der Patient mehr als 250 Watt geleistet, wird sich seine Erwartung in die eigene Leistungsfähigkeit bewusst und nachhaltig steigern.

Neben dem Basis-Prognosetraining gibt es weitere, modifizierte Formen des Prognosetrainings, die ebenfalls an der Eigenerfahrung des Sporttreibenden ansetzen. Für die Rehabilitation verletzter Leistungs- und Spitzensportler, die im Anschluss an die Verletzungspause möglichst schnell wieder an Wettkämpfen teilnehmen sollen, stellt das wettkampfnähe Prognosetraining (Hermann & Eberspächer 1994, S. 101ff.) eine weitere Methode zum Aufbau der Kompetenzerwartung dar. Dieses Training bezieht in die Überlegungen des Basis-Prognosetrainings wesentliche Unterschiede zwischen Übung und Wettkampf mit ein. Dabei handelt es sich u.a. um die Nichtwiederholbarkeit (Einmaligkeit) und die Konsequenzen des Wettkampfes sowie den von aussen bestimmten Zeitpunkt der Leistungsabgabe. Es unterscheidet sich insofern vom Basis-Prognosetraining, als nach der Aufgabenstellung (Ablaufschritt 1, diesmal alleinig durch den Trainer bestimmt) der Zeitpunkt der Leistungsabgabe durch den Trainer festgelegt wird. Nach der Prognosestellung (Ablaufschritt 2 im Basis-Prognosetraining) findet zusätzlich eine Vorbereitungsphase auf die Leistungsabgabe statt. Die Überprüfung der Prognose wird durch sinnvolle Konsequenzen ergänzt, die die gezeigte Leistung sanktionieren.

### Weitere Methoden zum Aufbau der Selbstwirksamkeitsüberzeugung

Abschliessend sollen einige konkrete Möglichkeiten und Methoden aufgezeigt werden, die nicht ausschliesslich auf eigene Erfahrung zurückgreifen, um die Selbstwirksamkeitsüberzeugung auf-

zubauen. Wie oben beschrieben sind stellvertretende Erfahrungen (Beobachtung von Modellen) und verbale Beeinflussungen ebenfalls Quellen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Sie bieten demnach weitere Ansätze, um in der sportlichen Rehabilitation auf dieses psychische Konstrukt Einfluss zu nehmen.

In der Sporttherapie lassen sich Situationen besonders gut initiieren, in denen stellvertretende Erfahrungen gemacht werden können und die Beobachtung von Modellen möglich ist. Das klassische Beispiel hierfür ist das Training in möglichst homogenen Gruppen. Durch die Homogenität der Gruppe wird eine hohe Ähnlichkeit zwischen dem Beobachter und dem Modell erreicht. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass der Beobachter die stellvertretend wahrgenommenen Erfahrungen des Modells auf sich selbst überträgt (Brehm & Pahmeier 1998, S. 230). So kann es beispielsweise für ein adipöses Kind wichtig sein zu sehen, dass ein anderes, gleichaltriges Kind mit ähnlichem Gewicht und Leistungsvermögen 15 Minuten am Stück Fahrrad fahren kann. Diese Beobachtung mag dann der Auslöser dafür sein, dass sich das Kind darauf folgend die gleiche Leistung zutraut. Die Aufgabe des Sporttherapeuten besteht darin, die Aufmerksamkeit des Beobachters zu lenken und Situationen so zu arrangieren und initiieren, dass solche Beobachtungen stattfinden können. Darüber können Gruppenprozesse in Gang gesetzt werden, die sich positiv auf die Motivation der Patienten auswirken.

Die praktische Erfahrung zeigt, dass durch verbale Beeinflussung Menschen zu bestimmten Verhaltensweisen animiert werden können. Ganz ähnlich ist es im sportlichen Kontext, wenn Patienten durch den Therapeuten zu bestimmten Aktivitäten aufgefordert werden. Durch Argumentation, Suggestion, Fremdbekräftigung und andere Strategien können Patienten davon überzeugt werden, eine bestimmte Handlung auszuführen oder eine Leistung auch tatsächlich erbringen zu können (Brehm & Pahmeier 1998, S. 230). Die verbale Beeinflussung muss sich aber nicht ausschliesslich auf die Kommunikation zwischen Therapeut und Patient beziehen. Selbstaufmunterung, Selbstbestätigung, Eigeninstruktion und innere Gespräche sind ebenso Formen der verbalen Beeinflussung, die sich positiv auf die Selbstwirksamkeitsüberzeugung auswirken können. Der Patient sollte durch den Therapeuten dazu angehalten werden, solche Strategien der Selbstgesprächsführung zu entwickeln und anzuwenden.

## Ausblick

Die oben dargestellten Ansätze zur Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung bzw. Kompetenzerwartung sind als ein mögliches Vorgehen innerhalb der Sport- und Physiotherapie zu verstehen, um bestimmte psychische Prozesse beim Patienten anzusteuern. Sie sollen dem psychologisch interessierten Sport- oder Physiotherapeuten als Denkanstoss dienen, um sich ggf. vertiefend mit psychologisch orientierten Interventionen im sportlichen Kontext auseinander zu setzen. Die Tätigkeit im Therapiebereich des Sports wird und soll im Schwerpunkt sicher nicht durch psychologisch orientierte Interventionen verschoben werden. Es könnten durch diese aber neue Facetten hinzukommen, die die Praxis eines Sport- oder Physiotherapeuten um interessante Aspekte erweitern und ergänzen. Zudem wäre es im Sinne einer Kooperation wünschenswert, wenn die an der Rehabilitation beteiligten Arbeitsgruppen spezifische Gegebenheiten einzelner Arbeitsfelder nutzen, um gemeinsame Ziele erfolgreich verfolgen zu können.

Korrespondenzadresse:

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Leonardo-Campus 15, D-48149 Münster, E-Mail: jmjaeger@uni-muenster.de

## Literaturverzeichnis

- Antonovsky A.: Health, stress and coping. London: Jossey-Bass, 1979.
- Antonovsky A.: Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In: A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 3–14). Tübingen: DGVT-Verlag, 1993.
- Bandura A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 1977; 84: 191–215.
- Baumann S.: Psychologie im Sport. Aachen: Meyer & Meyer Verlag, 1993.
- Baur J., Bös K., Singer R.: Motorische Entwicklung – ein Handbuch. Schorndorf: Hofmann, 1994.
- Becker P.: Modelle der Gesundheit – Ansätze der Gesundheitsförderung. In: S. Höfling & O. Gieseke (Hrsg.), Gesundheitsoffensive Prävention – Gesundheitsförderung und Prävention als unverzichtbare Bausteine effizienter Gesundheitspolitik (S. 41–53). München: Atwerb-Verlag, 2001.
- Bös K., Wydra G., Karisch G.: Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen: Perimed, 1992.
- Brehm W., Pahmeier I.: Sinnzuschreibungen, Konsequenz- und Kompetenzerwartungen. In: K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), Gesundheitssport – Ein Handbuch (S. 221–230). Schorndorf: Hofmann, 1998.
- Durchholz D., Müller-Schwarz M.: Hoppla! Entwicklungsfördernde Bewegungsangebote unter psychomotorischen Gesichtspunkten. Frankfurt: Caro Druck GmbH, 1998.
- Eberspächer H.: Mentale Trainingsformen in der Praxis. Ein Handbuch für Trainer und Sportler. Oberhaching: Sportinform, 1990.
- Eberspächer H.: Sportpsychologie – Grundlagen, Methoden, Analysen. Reinbek: Rowohlt, 1993.
- Eberspächer H., Kellmann M., Hermann H.-D.: Kompetenzerwartung in sportlichen Beanspruchungssituationen. In: R. Daus, K. Blischke, F. Marschall & H. Müller (Hrsg.), Kognition und Motorik (S. 153–159). Hamburg: Czwalina, 1996.
- Franke A.: Die Unschärfe des Begriffs «Gesundheit» und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In: A. Franke & M. Broda (Hrsg.), Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept (S. 15–34). Tübingen: DGVT-Verlag, 1993.
- Gage N.L., Berliner D.C.: Pädagogische Psychologie. Weinheim: Beltz, Psychologische Verlags-Union, 1996.
- Hermann H.-D., Eberspächer H.: Psychologisches Aufbautraining nach Sportverletzungen. München: BLV, 1994.
- Jacobson E.: Progressive Relaxation. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1938.
- Krahmann H., Haag G.: Die Progressive Relaxation in der Krankengymnastik. Ein muskuläres Entspannungsverfahren nach E. Jacobson. München: Pflaum, 1987.
- Mayer J.: Mentales Training – ein salutogenes Therapieverfahren zur Bewegungsoptimierung am Beispiel der rehabilitativen Gehschule. Hamburg: Kovac, 2001.
- Metzig W., Schuster M.: Lernen zu lernen. Lernstrategien wirkungsvoll einsetzen. Berlin: Springer, 2000.
- Petermann F., Warschburger P.: Kinderrehabilitation – Grundlagen eines interdisziplinären Anwendungs- und Forschungsgebiets. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Kinderrehabilitation (S. 9–27). Göttingen: Hogrefe, 2000.
- Samulski D.: Selbstmotivierung im Sportunterricht. Köln: bps-Verlag, 1986.
- Schulz von Thun F.: Miteinander Reden. Störungen und Klärungen, Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt, 2001.
- Sonnenschein I.: Das Kölner Psychoregulationstraining – Ein Handbuch für Trainingsleiter. Köln: bps-Verlag, 1989.
- Warschburger P., Fromme C., Wojtalla N., Oepen J., Petermann F.: Verhaltensmedizinische Interventionen bei Adipositas. In: F. Petermann & P. Warschburger (Hrsg.), Kinderrehabilitation (S. 165–192). Göttingen: Hogrefe, 2001.
- Wegner M.: Psychologie, Sport und Behinderung: Theorien – Konzepte – Erfahrungen. *Psychologie und Sport*, 2000; 7: 124–140.
- Weinberg R.S., Gould D.: Foundations of sport and exercise psychology (2nd ed.). Champaign, IL: Human Kinetics, 1999.
- WHO: Basic documents of the World Health Organisation. Genf: WHO, 1963.