

Jens Kleinert

Psychologisches Institut, Deutsche Sporthochschule Köln

Fallbeispiele psychologischer Diagnostik und Intervention bei Problemen in der späten Rehabilitationsphase verletzter Sportler

Zusammenfassung

Es werden zwei Fallbeispiele aus dem Bereich der Sportrehabilitation dargestellt. In beiden Fällen zeigen die Athleten unerklärliche Beschwerden, Angst und Unsicherheit in der späten Rehabilitationsphase nach Verletzungen.

Der erste Fall wird durch ein unrealistisches Körperbild der eigenen voroperierten Schulter dominiert. Massgebliche Interventionen waren hier die Veränderung der Vorstellung des Athleten, die Vermittlung symbolischer Stärke durch den Einsatz von Metaphern und die Verbesserung von Kompetenz im Umgang mit erhöhter körperlicher Spannung sowie Erregung (Aktivierungskontrolle).

In der zweiten Kasuistik prägen Verletzungsangst und unzureichende Körperwahrnehmung das psychische Bild eines Athleten nach Rippenserienfraktur. Die Intervention bestand aus einem «Körpervertrauensstraining», bei dem angstinduzierende praktische Trainingselemente mit Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung gekoppelt werden.

Schlüsselwörter:

Fallstudie, Sportverletzung, Sportrehabilitation, Körperbild, Verletzungsangst, psychologische Intervention

Abstract

Case studies of psychological diagnostics and intervention on problems in the late sport injury rehabilitation phase

Two casuistics in the area of sport rehabilitation are presented. In both cases athletes show inexplicable complaints, fear, and uncertainty in the late sport injury rehabilitation phase.

The first case is dominated by an unrealistic body image of the athlete's operated shoulder. Decisive interventions were the changing of the athlete's imagination, the creation of symbolic strength using metaphors, and the enhancement of competency to manage increased physical tension and arousal (activation control).

In the second casuistic injury anxiety and a deficient body perception appear psychologically after multiple rib fractures. In this case a «body confidence training» was applied. The body confidence training consists of practical fear-reducing training elements combined with skills to enhance body perception.

Key words:

Case study, sport injury, sport rehabilitation, body image, injury anxiety, psychological intervention

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 50 (2), 85–90, 2002

Einleitung

Aus Sicht des Sportarztes oder Physiotherapeuten ist in der späten Rehabilitationsphase bei der Behandlung von Sportverletzungen die körperliche Funktion des Athleten weitgehend wiederhergestellt. Von dieser Perspektive aus betrachtet besteht das Hauptziel dieser Phase darin, die sportliche Form, das heisst die ursprüngliche konditionelle und technisch-taktische Leistungsfähigkeit wieder zu erreichen (vgl. Gilbourne & Taylor, 1998). Häufig treten jedoch in der späten Rehabilitationsphase trotz der objektiv gesehen guten körperlichen Verfassung des Sportlers unerklärliche körperliche Beschwerden, Ängste oder Unsicherheit auf. Mit diesen Problemen geht die Gefahr einher, dass die Wiederherstellung der sportlichen Form stagniert und im schlimmsten Fall sogar Wiederverletzungen oder Folgeverletzungen auftreten.

Im vorliegenden Beitrag soll anhand zweier Fallbeispiele verdeutlicht werden, wie aus psychologischer Sicht mögliche Gründe für die beschriebenen Probleme diagnostiziert werden können und wie durch psychologische Massnahmen der Trainingsfortschritt optimiert sowie die Gefahr von Wiederverletzungen gemildert werden kann. Hierbei wird davon ausgegangen, dass die beschriebenen Symptome in einem engen Zusammenhang stehen. In diesem Sinne sind Probleme der späten Rehabilitationsphase häufig gewissermassen «psychosomatische» Symptomkomplexe: Enge

Beziehungen bestehen insbesondere zwischen Beschwerden und Schmerzen auf der einen Seite und Ängsten, Unruhe und Aufregtheit auf der anderen Seite.

Für derartige psychosomatische Wechselwirkungen existieren in der psychosomatischen Medizin (Schonecke & Herrmann, 1997) und besonders in der Schmerzforschung (Seemann & Zimmermann, 1999) geeignete Modellvorlagen. Auch im Bereich der Rehabilitation und Prävention von Sportverletzungen werden psychosomatische Wechselwirkungen berücksichtigt (vgl. z.B. Heil, 1993b). Vor dem Hintergrund psychosomatischer Überlegungen gehen wir bei den hier beschriebenen Fallbeispielen von einer Modellvorstellung aus, die sowohl psychologische Verletzungsfolgen als auch psychologische Wiederverletzungsursachen impliziert und mit körperlichen Vorgängen in Zusammenhang bringt (zur näheren Beschreibung siehe Beitrag von Kleinert zum Stress-Wiederverletzungs-Modell in diesem Heft). Entsprechend dieser Vorstellung hängen Beschwerden und Schmerzen mit der Wahrnehmung und Bewertung von Stresssituationen und den sich daraus ergebenden Emotionen sowie muskulären Reaktionen (Verspannung) zusammen. Weiterhin wird die Reaktion in derartigen Stresssituationen durch psychische Eigenschaften des Sportlers (so genannte Prädispositionen) mitbestimmt. Beispiele hierfür sind Verletzungsangst, Unsicherheit, negative Vorerfahrungen oder das Fehlen sozialer Unterstützung.

Auf der Grundlage dieser kurz skizzierten Modellvorstellung ist die Zielsetzung psychologischer Massnahmen in der späten Rehabilitationsphase die Veränderung bzw. Optimierung (1) von situativen Wahrnehmungs- und Bewertungsprozessen in stressinduzierenden Sportsituationen, (2) von emotionalen Prädispositionen, (3) von kognitiven Selbsteinschätzungen, (4) von Vorstellungen über vergangene Verletzungsereignisse und Heilungsverläufe sowie (5) des Einsatzes von Bewältigungsressourcen (insbesondere mentale Techniken, soziale Unterstützung).

Im Rahmen psychologischer Massnahmen stehen als Handwerkszeug die klassischen Methoden psychologischer Diagnostik (Gespräch, standardisierte Befragung, Beobachtung) und für den Bereich der psychologischen Intervention nach Verletzungen insbesondere Zielsetzungstechniken, mentales Training, Selbstgespräche, Wissensvermittlung und soziale Unterstützung zur Verfügung (Cupal, 1998; Heil, 1993a). Mit der folgenden fallorientierten Darstellung soll ein Einblick in problemorientiertes psychologisches Handeln in der späten Rehabilitationsphase gegeben werden. Der Rückgriff auf das Vermittlungsmittel Kasuistik soll einerseits praktische Bezüge intensivieren und andererseits am Einzelfall erfolgreiche Verfahren akzentuieren.

Unabhängig von der begründeten Auffassung, dass psychologische Massnahmen in jedem Fall die Rehabilitation verletzter Sportler positiv beeinflussen (Cupal, 1998), konzentriert sich der vorliegende Beitrag insbesondere auf die Intervention bei problematischen Fällen. Die «Problematik» ergibt sich vor allem aus der Tatsache, dass die Wahrnehmung oder Diagnostik des Therapeuten nicht mit dem Erleben oder dem Verhalten des Athleten übereinstimmt. Diese Diskrepanz führt zur «Unerklärlichkeit» von Schmerzen, Beschwerden, Funktionseinschränkung, Heilungs- oder Leistungsstagnation. Ob derartige Unerklärlichkeiten mit psychologischen Faktoren oder psychosomatischen Prozessen in Zusammenhang stehen oder eher die Folge von Fehleinschätzung oder unzureichender biomedizinischer Diagnostik auf Seiten der Betreuer sind, muss in einem ersten diagnostischen Schritt geprüft werden. Hierzu sollten Trainer, Sportärzte und Physiotherapeuten vorerst feststellen, ob aus anatomischer, physiologischer und funktionseller Sicht die Leistungsfähigkeit des Athleten in angemessener Weise wiederhergestellt ist. Sollten aufgrund dieser Analyse die Ursachen der beschriebenen Probleme nicht eindeutig auf Seiten einer unvollständigen körperlichen Leistungsfähigkeit liegen, ist ein gezieltes Erstgespräch zur psychologischen Ursachenfindung in jedem Fall angezeigt.

Das Erstgespräch mit dem Athleten sollte anamnestische und explorative Vorgehensweisen beinhalten. Während das anamnestische Vorgehen dadurch gekennzeichnet ist, dass durch anfangs offene, später gezieltere Fragen Erinnerungen und Wahrnehmungen des Athleten zusammengetragen werden, ist die Zielsetzung der Exploration eher die Erfassung von Einstellungen, Überzeugungen und Bewertungen hinsichtlich dieser Wahrnehmungen und Erinnerungen. Mit diesem Vorgehen werden in der Anamnese Auffälligkeiten hinsichtlich des Erlebens des Athleten festgestellt, die in der Exploration unter Berücksichtigung «psychopathologischer Modelle» (hier die oben beschriebene Modellvorstellung) weiter überprüft und eingeordnet werden. Die folgenden Kasuistiken verdeutlichen diesen Prozess.

Fallbeispiel 1

Diagnostik

A. kommt in unsere Sprechstunde¹ wegen «unerklärlicher Probleme» bei Wiederaufnahme des Trainings nach einer Rotatorenmanschetten-Teilruptur.

Anamnese: A. ist männlich, 26 Jahre alt und Regionalliga-Tennispieler mit Ambitionen in die 2. Bundesliga. Er kommt aus einer «Tennispielerfamilie» und verdient mit dem Tennis spielen einen Grossteil seines Unterhalts.

Vor 8 Monaten erlitt er eine Teilruptur der rechten Schulterrotatorenmanschette bei einem Meisterschaftsspiel. Der Arm war zu diesem Zeitpunkt aufgrund einer vorhergegangenen

Bizepssehnenruptur funktionell bereits beeinträchtigt. Die Verletzung wurde operativ versorgt, wobei ausgerissene Sehnen/Knochenanteile mittels einer Schraube fixiert wurden. Fünf Wochen später war aufgrund nekrotischer Veränderungen im Operationsgebiet eine zweite Operation notwendig.

Zum Zeitpunkt des Erstgesprächs äussert A. das Gefühl, dass sowohl Kraft als auch Beweglichkeit eingeschränkt seien. Ausserdem beschreibt er ein «instabiles Gefühl» bei der Bewegung unter Belastung. Nach Rücksprache mit dem betreuenden Arzt und Physiotherapeuten bestehen keinerlei Hinweise auf funktionelle oder anatomische Einschränkungen oder sonstige Defizite. Trotzdem hat A. Schmerzen beim Aufschlag und schlägt demzufolge in Trainingsspielen teilweise sogar «von unten» auf.

Die beschriebene Anamnese lässt aus psychosozialer Sicht gleich mehrfach aufhorchen. Erstens ist auffällig, dass A. seine Herkunft aus einer Tennispielerfamilie betont. Es kann vermutet werden, dass Zielsetzungen im Rahmen des Sports, aber auch im Rahmen des Rehabilitationsverlaufs von der Einstellung und den Erwartungen der Eltern beeinflusst werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere wichtig, wie A. die elterlichen Einstellungen und Erwartungen wahrnimmt. Ein weiterer Faktor, der den wahrgenommenen Druck auf den Sportler erhöhen kann, ist die Tatsache, dass A. mit Tennisspielen seinen Unterhalt verdient. Zur näheren Abklärung dieser Vermutungen:

Exploration der Drucksituation: A. schildert das Verhältnis zu seinen Eltern sehr positiv. «Sie würden alles machen, um mir zu helfen, gesund zu werden.» Die soziale Unterstützung der Eltern wird zwar deutlich ausgesprochen, bezieht sich jedoch ausschliesslich auf sportliche Belange. Die Frage nach Freunden oder wichtigen Beziehungen ausserhalb des Sports wird verneint. Die Tatsache, dass Sport für A. ein wichtiger Erwerbszweig ist, wird von ihm mit Sorge gesehen. Es sei eine Sache, an die er oft denken müsse.

Weiterhin ist in der Anfangsanamnese auffällig, dass in den letzten zwei Jahren die Schulter wiederholt Heilungsverzögerungen aufwies: Die Tatsache, dass nach einer Bizepssehnenruptur eine weitere Verletzung im Schulter-Arm-Bereich auftritt, deutet auf Schwierigkeiten in der Rehabilitation oder im Aufbau training des Arms hin. Darüber hinaus wird die Nekrose und die dadurch notwendige Zweitoperation das Vertrauen von A. in die Heilungsfähigkeit seines Körpers vermutlich weiter absenken. Es liegen somit sehr wahrscheinlich sowohl negative Vorerfahrungen als auch damit verbundene Störungen des Selbstvertrauens und des Körperbildes vor. Im Sinne der eingangs geschilderten psychosomatischen Wechselwirkungen sind die geschilderten Instabilitätsgefühle, Verspannungen und letztlich auch die Schmerzen Ausdruck dieser Unsicherheit.

Exploration des Körperbildes: A. wird gebeten ein Bild von seiner Schulter zu malen. Er soll darstellen, wie er sich den anatomischen Zustand der Schulter nach den beiden Operationen vorstellt. A. zeichnet ein Bild, welches die knöcherne Situation der Schulter gut wiedergibt (vgl. Abb. 1). Muskeln, Sehnen und Bänder werden jedoch in diesem Bild bis auf eine Ausnahme nicht wiedergegeben. Stattdessen überspannt ein dünnes Weichteilgeflecht, welches A. als «Supraspinatus» bezeichnet, den Gelenkspalt und wird am äussersten Ende durch eine Schraube fixiert, die nur minimal in den Knochen hineinzuragen scheint.

¹ Die Sprechstunde ist Teil eines Dienstleistungsangebots des Psychologischen Instituts der Deutschen Sporthochschule Köln. Im Rahmen dieses Angebots bietet das «Team Mental Coaching» des Instituts Krisenmanagement, Beratung und Dauerbetreuung in mentalen Belangen des Sports an.



Abbildung 1: Zeichnung des Tennisspielers A. über den Zustand seiner Schulter nach Schraubenfixation im Rahmen einer OP nach Rotatorenmanschetten-Teilruptur.

Das Bild verdeutlicht die Diskrepanz des Körperbildes von der tatsächlichen anatomisch-funktionellen Situation. A. ist offensichtlich nicht bekannt, dass die in der Operation implantierte Schraube lediglich zur kurzfristigen Fixierung des Sehnenmaterials am Knochen diente und dass danach durch den Verwachsungs- und Einwachsungsprozess des Gewebes die Schraube keinerlei tragende Funktion mehr besitzt. Des Weiteren wird der von Sportarzt und Physiotherapeut festgestellte gute muskuläre Zustand im Bild des Sportlers völlig ignoriert. Es ist gut nachvollziehbar, dass dieses Bild im Zusammenhang mit dem beschriebenen (Leistungs-) Druck unweigerlich zu Befürchtungen, Wiederverletzungsangst, Verspannung, Instabilitätsgefühl und Schmerzen führt. Da A. aufgrund dieser Vorstellung der vorverletzten Schulter keine normale Funktion zutraut, ist in der Sportsituation vermutlich auch das Bewegungsverhalten stark fehlkoordiniert. Diese Fehlkoordination verschlimmert dann insbesondere bei Aufschlägen die Beschwerden zusätzlich.

Intervention

Die psychologisch orientierten Massnahmen beim Tennisspieler A. verfolgen zwei Hauptziele. Das erste Ziel ist subjektiv-ursachenorientiert und besteht in der Korrektur des fehlerhaften Körperbildes, das heisst, es setzt an der kognitiven Selbsteinschätzung des Sportlers an. Das zweite, symptomorientierte Ziel ist die Optimierung des durch äusseren Druck und Angst erhöhten Spannungs- und Erregungsniveaus. Dieses Ziel setzt somit an der psychophysischen Stressantwort (Zustandsangst, zu hohe Muskelspannung) in der sportlichen Situation an.

Kognitiv-rationaler Ansatz: Vorrangig, weil ursächlich hauptverantwortlich, ist das fehlerhafte Körperbild zu behandeln. Bereits im Erstgespräch werden daher im Rahmen eines kognitiv-rationalen Ansatzes dem Spieler die physiologischen und morphologischen Grundlagen des Heilungsverlaufs erläutert und auf diese Weise das notwendige Hintergrundwissen vermittelt. Hauptpunkte der Wissensvermittlung sind: (1) Die Schraube besitzt keinerlei tragende Funktion mehr. (2) Die Sehnenenden sind 6 1/2 Monate nach der Zweit-OP fest mit dem Knochen verwachsen. (3) Umgebendes Muskel- und Bindegewebe unterstützt die Stabilität des Gelenks.

Metapher: Der kognitiv-rationale Ansatz soll durch die Verwendung einer Sicherheit gebenden Metapher unterstützt werden. Daher wurde, nachdem das Einwachsen der Sehnenansätze in den Knochen kognitiv vermittelt wurde, gemeinsam mit dem Athleten eine geeignete Metapher für diesen anatomisch-funktionellen Zustand gesucht. Erfahrungsgemäss können durch symbolhafte Bild- oder Wortmetaphern nicht nur kognitiv-rationale Inhalte unterstützt, sondern vor allem auch damit verbundene Bedeutungen transportiert werden (Heil, 1993a). In Anlehnung an synekistische Methoden aus der Kreativitätstechnik (vgl. Schlicksupp, 1989) werden hierzu bevorzugt Analogien aus den Bereichen Natur oder Technik verwendet.

Vorläufige Metapher: Das Bild, welches bereits beim Erstgespräch zusammen mit A. entwickelt wurde, zeigt *Abbildung 2* (linke Seite). Die Analogie des Baums macht dabei sowohl den Prozess (Hineinwachsen) als auch den Zustand der Muskelsehnenkomplexe im Bereich der Schulter deutlich (feste Verankerung, Kraft durch Stamm und Baumkrone). Die Bedeutung des Bildes (Kraft, Stärke) ist verbunden mit einem Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens.

Veränderung der Metapher: Beim dritten Gespräch (nach zwei Wochen) berichtet A. von Schwierigkeiten im Umgang mit der Metapher «Baum». Das Bild gebe ihm zwar sehr viel Sicherheit und er habe auch weniger Verkrampfung und Schmerzen in den letzten Trainingstagen gespürt, jedoch fühle er sich bei der Vorstellung «Baum» zu ungelentkig und behäbig. Auf Nachfragen nach einem besseren Bild kam A. sehr spontan auf das Bild des Schleuderballs (vgl. *Abb. 2*, rechte Seite). A. berichtet, dass dieses Bild für ihn nicht allein hohe Festigkeit und Zugkraft, sondern auch hohe Flexibilität und Schnelligkeit symbolisiere.

A. soll sich das Bild insbesondere beim Aufwärmen zum Beginn des Trainings und hier vor allem bei kurzen isometrischen Anspannungsübungen des Schultergürtels vorstellen. Hierdurch wird die Wahrnehmung der Muskulatur mit dem Vorstellungsbild verbunden. Vor allem diese Kopplung von körperlichen Wahrnehmungen

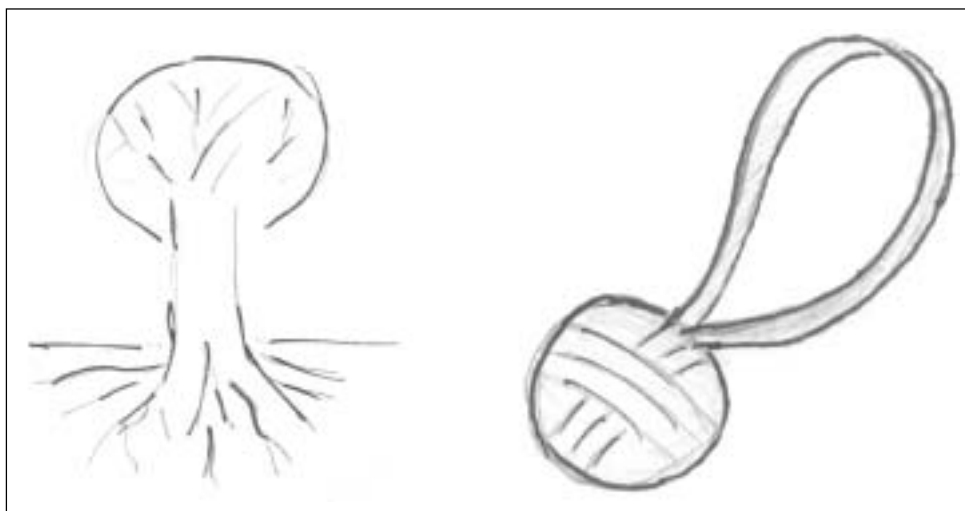


Abbildung 2: Vorläufige (li) und spätere (re) Metapher des Tennisspielers A. für die Festigkeit einer Sehnen-Knochen-Fixation 6 Monate nach OP.

mit den Vorstellungen oder Einstellungen des Athleten führt zu einer angemessenen, nicht nur geistig, sondern auch körperlich orientierten Selbstsicherheit.

Hinsichtlich des zweiten Interventionsziels, der Optimierung des erhöhten Spannungs- und Erregungsniveaus, wird mit A. vereinbart, eine so genannte Sekundenentspannung zum Einsatz beim Spiel oder beim Training zu üben und eine weitere ausführliche Entspannungsübung für andere Gelegenheiten (zu Hause oder zwischen zwei Matches) zu erlernen. Die Sekundenentspannung («Ampelübung») wird beim zweiten und dritten Gesprächstermin vermittelt. Sie bezieht sich ausschliesslich auf die Spannungsregulation des Schulterbereichs und besteht aus zwei relativ tiefen Ausatmungsphasen (vgl. auch Atementspannung bei Hermann & Eberspächer, 1994) mit gleichzeitiger Vorstellung einer Entspannungswelle von der Schulter über den Ellbogen in die Hand. Sie kann und soll kombiniert werden mit den zuvor beschriebenen bildhaften Metaphern. Das Erlernen einer ausführlichen Entspannungstechnik wurde von A. aufgrund organisatorischer, aber letztlich auch motivationaler Gründe abgebrochen.

Betreuungsergebnis: Im Laufe der dargestellten psychologischen Massnahmen hinsichtlich der Veränderung des Körperbildes und der Optimierung des Spannungsniveaus veränderte sich die Trainingssituation von A. in deutlichem Ausmass: Bereits beim zweiten Gesprächstermin nach einer Woche berichtet A. von guten Fortschritten im Bereich des Aufschlagtrainings. Er habe zwar immer noch leichtere Beschwerden, doch fühle er sich wesentlich sicherer und lockerer. Vor allem das Krafttraining würde er jetzt mit mehr Freude und mit mehr Hoffnung auf Erfolg durchführen. Beim dritten Termin (nach zwei Wochen) beschreibt A., dass er die Kurzentspannung jetzt sehr erfolgreich bei jedem ersten Aufschlag eines Aufschlagspiels durchführe. Bei den nachfolgenden Aufschlägen reiche ein kurzes Ausschütteln und die Vergewärtigung der Bild-Metapher. Schmerzen spüre er kaum noch, stattdessen habe er «ein gutes muskuläres Gefühl». Drei Wochen nach Interventionsbeginn wird in Zusammenarbeit mit dem Trainer der erste Einsatz in einem Meisterschaftsspiel besprochen.

Fallbeispiel 2

Diagnostik

G. kommt in unsere Sprechstunde wegen Unsicherheit und Angst nach einer Rippenserienfraktur.

Anamnese: G. ist Oberliga-Torwart im Fussball. Vor fünf Monaten zog er sich bei einem Zusammenprall mit zwei gegnerischen Spielern eine geschlossene Rippenserienfraktur rechts zu. Die Verletzung wurde konservativ behandelt. Nach Auskunft des betreuenden Mediziners sowie des Physiotherapeuten des Teams verlief die medizinische Behandlung und die sportliche Rehabilitation der Verletzung mit gutem körperlichem Erfolg. Die muskuläre und knöcherne Belastbarkeit sei wieder voll hergestellt. G. verspürt weder Druck- noch Belastungsschmerz.

Nach Angaben des Trainers, des Torwarttrainers und nach G.s eigenen Angaben ist jedoch die sportliche Leistung in Folge der Verletzung deutlich eingeschränkt: Das Torraumverhalten von G. wirke unsicher und insbesondere beim Herauslaufen sowie bei der Abwehr hoher Bälle zeige sich G. zögerlich und unentschlossen. G. selbst äussert neben einem «Unsicherheitsgefühl» die Befürchtung, sich wieder zu verletzen. Er sei bei einem hohen Ball mit den Gedanken immer noch bei dem Zusammenprall vor fünf Monaten.

Exploration: Auf Nachfragen versichert G., dass er sehr gut wisse, dass die Knochen wieder gut verheilt seien. Er habe sogar gehört, dass ein Knochen da, wo er gut verheilt ist, stärker als zuvor sei. Auch sonst fühle er sich körperlich fit. Er mache ja seit zwei Monaten bereits Krafttraining und

dies insbesondere für Oberkörper und Arme. «Zwei Monate Plackerei – da muss man ja fit sein.»

Die Erstdiagnostik gibt starke Hinweise auf das Vorliegen von Verletzungsangst und Unsicherheit im Zusammenhang mit negativ getönten Erinnerungen an die Vorverletzung. Aufgrund dieser Prädisposition reagiert G. insbesondere in Situationen, die der Verletzungssituation sehr ähnlich sind, mit Unaufmerksamkeit und mit Gedanken an die Verletzung (aufgabenirrelevante Kognitionen). Obwohl G. von seiner körperlichen Fitness glaubhaft überzeugt ist, basiert diese Überzeugung offensichtlich weniger auf der unmittelbaren Wahrnehmung körperlicher Fitness als auf rationalen Überlegungen.

Anamnese der Körperwahrnehmung: G. wird gebeten einzuschätzen, wie er die verletzte Körperregion (rechter Oberkörper) wahrnimmt. Hierzu soll er eine standardisierte Liste mit 18 Adjektiven zum Erleben der körperlichen Verfassung ausfüllen (EKV-Liste nach Kleinert & Liesenfeld, 2001). Auffällig ist, dass G. relativ lange braucht, seine Körperwahrnehmung auf den 18 Adjektiven einzustufen, obwohl er vorher um möglichst spontane Äusserung gebeten wurde. Die berechneten Ergebnisse zeigen, dass sich G. hinsichtlich der Trainiertheit und der Gesundheit des rechten Oberkörpers gut einschätzt, jedoch nur mässige Werte hinsichtlich des Energieerlebens und der erlebten Beweglichkeit angibt (vgl. Abb. 3).

Exploration der Körperwahrnehmung: Auf die Frage, ob er mit der Adjektivliste Probleme gehabt habe, äussert G., dass er «zwar ganz gut über seinen Gesundheits- und Trainingszustand Bescheid weiss», dass er sich jedoch noch nie Gedanken darüber gemacht habe, ob sein rechter Oberkörper sich «schlapp» oder «unbeweglich» (Itembeispiele der Liste) anfühle. Ausserdem falle es ihm ohnehin schwer einzuschätzen, wie sich sein Oberkörper anfühle.

Die Anamnese und Exploration zur Körperwahrnehmung machen deutlich, dass G. zwar einerseits in kognitiv-rationaler Hinsicht davon überzeugt ist, dass er einen guten Fitness- und Gesundheitszustand hat, dass aber andererseits diese Überzeugung nicht von einer entsprechenden Körperwahrnehmung unterstützt wird. Stattdessen fällt es G. schwer, seine körperliche Verfassung anhand aktueller körperlicher Signale (Propriozeption) einzuschätzen. G. kommt zu eher mässigen Bewertungen der erlebten körperlichen Beweglichkeit und Energie in der verletzten Region. Es wird davon ausgegangen, dass die Differenz zwischen der eher rational eingeschätzten körperlichen Verfassung (Gesundheit, Trainiertheit) und der eher propriozeptiv eingeschätzten Verfassung (Beweglichkeit, Energie) ein wesentlicher Faktor ist, der

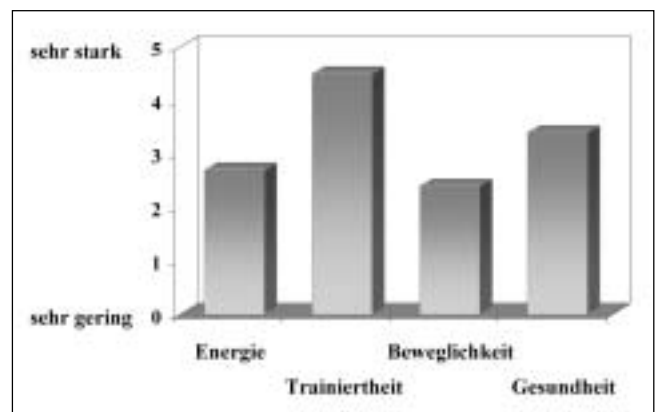


Abbildung 3: Erlebte Verfassung der rechten Oberkörperseite des Torwarts G. nach einer Rippenserienfraktur. Die vier Faktoren sind berechnete Werte auf der Grundlage von 18 Adjektiven (Kleinert & Liesenfeld, 2001).

dazu führt, in einer als gefährlich eingeschätzten Situation kein Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz zu haben. Dieses fehlende Vertrauen führt dann zu Unentschlossenheit und Unsicherheit bei bestimmten sportlichen Anforderungen. Prädispositionen wie Verletzungsangst und ein negatives Körperbild unterstützen diesen ungünstigen Prozess.

Intervention

Aufgrund der diagnostischen Abklärung und der abgeleiteten kausalen Überlegungen liegt der Schwerpunkt der Intervention in der Veränderung situativer Wahrnehmungsprozesse. Die Annahme hierbei ist, dass das situative Erleben und Wahrnehmen einer guten körperlichen Verfassung rückwirkend dazu führt, dass sowohl das Körperbild als auch die emotionale Disposition des Torwarts (Verletzungsangst) sich positiv verändern. Zur Verbesserung der situativen Körperwahrnehmung wird ein von uns konzipiertes «Körpervertrauenstraining» eingesetzt (vgl. auch Kleinert, Liesenfeld & Allmer, 2002). Das Körpervertrauenstraining verbindet Prinzipien der Systematischen Desensibilisierung (vgl. Rotella & Campbell, 1983) mit Methoden des mentalen Trainings (vgl. Syer & Connolly, 1987). Zwei Grundlagen müssen zur Umsetzung des Körpervertrauenstrainings geschaffen werden:

1. In Zusammenarbeit mit dem Spieler und dem Trainer muss eine Hierarchie von Situationen entwickelt werden, die in ansteigendem Ausmass beim Spieler Unbehagen oder Verletzungsangst auslösen. Im Falle von G. besteht diese Angsthierarchie aus a) Fangen einer Flanke ohne Gegnerkontakt, b) Faustabwehr gegen einen gegnerischen Spieler, c) Fangen einer Flanke unter Bedrängnis durch einen gegnerischen Spieler und d) Fangen einer Flanke unter Bedrängnis durch mehrere gegnerische Spieler in einer spielähnlichen Situation.
2. Die zweite Grundlage besteht im Erlernen von mentalen Techniken, die dem Spieler helfen seine physische Stärke und Funktionalität wahrzunehmen. Im Falle von G. ist dies eine Übung zur Aufmerksamkeitslenkung auf die Stabilität des rechten Brustkorbs bei statischer Muskelanspannung. Hierzu drückt der Physiotherapeut mit beiden Händen kräftig gegen den rechten Brustkorb. G. muss statischen Gegendruck ausüben und soll sich gleichzeitig auf die Kraftentwicklung im Bereich der Rippen- und Schultergürtelmuskulatur konzentrieren. Diese Übung kann durch unterschiedliche Armhaltungen (hoch, tief, Vorhalte) sowie durch unterschiedlich starke dynamische Anteile des «Drückens» unterschiedlich schwer gestaltet werden. Weiterhin kann die Wahrnehmung von Kraft und Funktion durch Verbalisierungen oder Visualisierungen unterstützt werden.

Beim Körpervertrauenstraining werden nun die vorher definierten Stufen der Angsthierarchie nacheinander geübt. Im Gegensatz zum mentalen Training, bei dem Übungsabläufe lediglich vorgestellt werden, sollen im Körpervertrauenstraining die Übungselemente (Angststufen) tatsächlich ausgeführt werden. Nur auf diesem Weg ist die Auseinandersetzung des Sportlers mit seinen aktuellen körperlichen Signalen gewährleistet. Fühlt sich der Spieler in einer der Situationen unsicher oder sogar ängstlich, wird die Übung zur Kraft- und Funktionswahrnehmung durchgeführt. Der Wechsel zwischen dem Üben der Angstsituation und der Körperwahrnehmungsübung wird so lange vollzogen, bis die entsprechende Stufe der Angsthierarchie angstfrei und selbstbewusst trainiert werden kann. Während des Trainings einer Hierarchiestufe können Selbstinstruktionen oder formelhafte Vorsätze die Konzentration auf die eigentliche Aufgabe erhöhen. Mit G. wurde zum Beispiel vereinbart, dass er beim Absprung das Wort «und» sowie beim Fangen des Balles das Wort «pack» ruft. Die Wortfolge («und – pack») soll den Bewegungsrhythmus (Absprung – Fan-

gen) unterstützen, die Konzentration auf die Aufgabe erhöhen und somit irrelevante Gedanken vermeiden helfen sowie die Gesamtbewegung volitiv unterstützen.

Betreuungsergebnis: Im Falle von G. führte das Körpervertrauenstraining recht schnell zu einer positiven Veränderung des Torraumverhaltens. Bereits in der zweiten Trainingswoche konnte G. wieder in spielähnlichen Situationen trainieren. Körperwahrnehmungsübungen und die Konzentration auf die Muskelkraft und Stabilität führte G. vor allem auch beim Krafttraining durch. Laut seiner Auskunft brachte ihm diese Auseinandersetzung mit seiner Muskulatur während des isolierten Krafttrainings (insbesondere Bankdrücken) sehr viel körperliche Sicherheit und Vertrauen. Nach einigen Beobachtungen in Trainingsspielen entschloss sich der Trainer fünf Wochen nach Beginn der psychologischen Massnahmen für einen Einsatz G.s in einem Meisterschaftsspiel. Die Mannschaft verlor 2:1. Beide Gegentore fielen durch Elfmeter.

Ausblick

Die mentale oder psychologische Betreuung verletzter Sportler steht ohne Zweifel noch am Anfang ihrer Möglichkeiten. Zwei Forderungen scheinen mitentscheidend dafür zu sein, dass von diesem Anfang aus Fortschritte gemacht werden.

Die erste Forderung kann mit den Wörtern *Klarheit, Transparenz und Nachvollziehbarkeit* beschrieben werden. Nicht nur für den sportpsychologisch Tätigen, sondern auch für Betreuer und Aktive muss offensichtlich sein, welche Methoden zu welchen Zwecken in welchen Situationen eingesetzt werden können und wie sie wirken. Psychologische Massnahmen im Sport müssen aus dem leider noch häufigen Schatten der scheinbaren Zauberei, der Trickkiste oder der Fremdbeeinflussung heraustreten (vgl. auch Allmer, 2001). Sportler und Trainer müssen gerade in der sportpsychologischen Tätigkeit in ihrer Selbstverantwortlichkeit gesehen und einbezogen werden. Mit dieser Forderung ergibt sich jedoch auch für die angewandte Sportpsychologie ein bedeutsamer Anspruch: Sowohl diagnostische Methoden als auch Interventionen müssen systematisch gesammelt, kategorisiert, theoretisch eingeordnet und hinsichtlich ihrer Anwendungsbereiche (Indikation) sowie ihrer Wirkungsstärke (Effizienz) geprüft werden.

Die zweite Forderung kann durch die Wörter *Kooperation, Verständigung und Verständnis* verdeutlicht werden. Die Fallbeispiele und ihre vorherige theoretische Einbettung haben gezeigt, dass insbesondere psychologische Massnahmen bei oder nach Verletzungen eng im Zusammenhang mit körperlichen Funktionen und medizinischen Diagnosen oder Interventionen stehen. Wer in diesem Bereich sportpsychologisch tätig sein will, der sollte medizinisches und physiotherapeutisches Handeln gut verstehen können und zudem die Einsicht besitzen, dass die Hilfe für den verletzten Sportler letztendlich nur zu erreichen ist, wenn gute Zusammenarbeit und enger Kontakt mit dem therapeutischen Team, das heisst mit den Sportärzten, Physiotherapeuten und Krankengymnasten, besteht. In dieser Hinsicht sollte sich der oder die sportpsychologisch Tätige als jemand verstehen, der das Team ergänzt und seinen Teil dazu beiträgt, dass der verletzte Athlet in seiner biopsychosozialen Ganzheit gesundet, vor Wiederverletzungen geschützt bleibt und eine bestmögliche Leistungsfähigkeit wiedererlangt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Jens Kleinert, Psychologisches Institut, Deutsche Sporthochschule Köln, D-50933 Köln, Fax 0049 221 4982817, E-Mail: kleinert@dshs-koeln.de

Literaturverzeichnis

- Allmer H.*: Ethische Leitlinien für die sportpsychologische Beratung und Betreuung – wozu? *dvs-Informationen*, 2001; 16(3): 22–23.
- Cupal D.D.*: Psychological interventions in sport injury prevention and rehabilitation. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1998; 10: 103–123.
- Gilbourne D., Taylor A.H.*: From theory to practice: The integration of goal perspective theory and life development approaches within an injury specific goal-setting program. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1998; 10: 124–139.
- Heil J.*: Mental training in injury management. In: Heil J. (ed.), *Psychology of sport injury*, 151–174. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993a.
- Heil J.*: Sport psychology, the athlete at risk, and the sports medicine team. In: Heil J. (ed.), *Psychology of sport injury*, 1–13. Champaign, IL: Human Kinetics, 1993b.
- Hermann H.-D., Eberspächer H.*: Psychologisches Aufbautraining nach Sportverletzungen. München: BLV, 1994.
- Kleinert J., Liesenfeld M.*: Dimensionen der erlebten körperlichen Verfassung (EKV). In: Nitsch J.R., Allmer H. (Hrsg.), *Denken, Sprechen, Bewegen*, 283–289. Köln: bps, 2001.
- Kleinert J., Liesenfeld M., Allmer H.*: Erstellung, Implementierung und Evaluation von psychosozialen Diagnose- und Interventionsmodulen zum Umgang mit Sportverletzungen in der Trainer- und Sportphysiotherapeutenausbildung. Unveröff. Abschlussbericht, Psychologisches Institut, Deutsche Sporthochschule Köln, 2002.
- Rotella R.J., Campbell M.S.*: Systematic desensitization: Psychological rehabilitation of injured athletes. *Athletic Training*, 1983; 18: 149–152.
- Schlicksupp H.*: Innovation, Kreativität und Ideenfindung (3., überarb. u. erweit. Aufl.). Würzburg: Vogel, 1989.
- Schonecke O.W., Herrmann K.*: Psychophysiologie. In: Adler R.H., Herrmann J.M., Köhle K., Schonecke O.W., v. Uexküll T., Wesiack W. (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (5., überarb. u. erw. Aufl.) 161–197. München: Urban & Schwarzenberg, 1997.
- Seemann H., Zimmermann M.*: Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht – Eine Standortbestimmung. In: Basler H.-D., Franz C., Kröner-Herwig B., Rehfish H.P., Seemann H. (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (4., korrig. u. erweit. Aufl.), 23–58. Berlin: Springer, 1999.
- Syer J., Connolly C.*: Psychotraining für Sportler. Reinbek: Rowohlt, 1987.