

Stephan Horvath^{1,2}, Stephan Meyer¹, Daniel Birrer¹, Roland Seiler¹

¹ Sportwissenschaftliches Institut des BASPO, Magglingen

² Institut für Psychologie, Allgemeine Psychologie und Neuropsychologie, Universität Bern

Informations-Handouts und Laienkonsultation in verschiedenen Rehabilitationsphasen als Hilfe für verletzte Spitzensportler

Zusammenfassung

Schwere Verletzungen bedeuten für Spitzensportler, dass wichtige Ziele ausser Reichweite geraten. Das kann Gefühle von Ungeduld, Angst und Niedergeschlagenheit hinterlassen. Mit einfachen Informations-Handouts und durch den Austausch mit ehemaligen Patienten wurde versucht, die interne Kontrollmeinung zu erhöhen und gleichzeitig mögliche Ängste und Unsicherheiten von Spitzenathleten während der Rehabilitation abzuschwächen.

Es werden drei Fallbeispiele beschrieben, die zeigen, dass die vorgeschlagenen Unterstützungsmassnahmen auch bei sehr unterschiedlichen Rehabilitationsvoraussetzungen und -verläufen hilfreich sein können. Im Vergleich der wiederholt erhobenen psychologischen Variablen der drei Spitzensportler mit den Daten von 15 Breitensportlern zeigt sich, dass die Spitzensportler zwar mit dem Verlauf der Rehabilitation unzufriedener sind, aber gleichzeitig auch eine geringere Adherence zeigen als die Breitensportler.

Schlüsselwörter:

Fallstudien, Sportverletzung, Sportrehabilitation, soziale Unterstützung, Handouts, Adherence

Abstract

For top level athletes severe injuries mean that important goals risk to become unattainable. Feelings of impatience, anxiety and depression may occur. It was tried, by means of simple information handouts and exchange with ex-patients, to increase the internal control and to decrease anxiety and insecurity of injured top level athletes during the rehabilitation process.

Three case studies are described, showing that the proposed supporting material and consultation may be helpful regardless of the initial situation or the process of rehabilitation. The repeatedly measured psychological variables of the three athletes are compared with the data of 15 leisure athletes. The results show that the athletes are on the one hand less satisfied with the course of the rehabilitation, while on the other hand they show less adherence than the leisure athletes.

Key words:

Case studies, sport injury, sport rehabilitation, social support, handouts, adherence

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 52 (2), 82–85, 2004

Einleitung

Sowohl für Breiten- als auch Spitzensportler gilt: Wer Sport treibt, riskiert sich zu verletzen. Aber im Gegensatz zum Breitensportler steht beim Spitzensportler weit mehr auf dem Spiel als der Spass am Sport oder der Ausgleich zum beruflichen Alltag. Für den Spitzensportler stellt eine Verletzung einen Arbeitsunfall dar, der sich nicht nur auf das Einkommen und die Karriere, sondern auch auf die Identität und das Selbstwertgefühl auswirken kann (Kolt und Roberts, 1998). Besonders schwer wiegende Verletzungen, bei denen auch bei einem optimalen Verlauf mit einer Rehabilitationsdauer zwischen vier und sechs Monaten gerechnet werden muss, machen den Sportlern schwer zu schaffen. Mögliche Saisonziele, auf die man bisher hingearbeitet hat, lösen sich in Luft auf, und häufig ist sogar das sportliche Comeback ungewiss. Dies widerspiegelt sich häufig in Ungeduld, Ängsten und Niedergeschlagenheit (Hermann und Eberspächer, 1994). Obwohl Spitzensportler zu Beginn einer Rehabilitation vielfach sehr hohe Depressions- und Frustrationswerte aufweisen (Hermann und Mayer, 2003), scheint die Konsultation eines Sportpsychologen kaum erwogen zu werden. Vielleicht sind entsprechende sportpsychologische Angebote und Programme (z.B. COMEBACK-Programm von Marcolli, 2001) noch zu wenig bekannt, die zusätzlichen Kosten oder die

Berührungängste zu hoch. Wir suchten daher nach einer Möglichkeit, wie die Sportpsychologie verletzten Spitzensportlern dennoch eine Hilfestellung auf dem Weg zu ihrem Comeback bieten könnte. Dazu wurden Informations-Handouts zu unterschiedlichen Phasen der Rehabilitation entwickelt und die Laienkonsultation gefördert. Auf die Vermittlung sportpsychologischer Fertigkeiten wurde bewusst verzichtet.

Mit der vorliegenden Arbeit soll einerseits der Unterstützungsvorschlag beschrieben und andererseits die Rehabilitationsverläufe einzelner psychologischer Variablen aus drei Einzelfallstudien mit denjenigen von 15 Breitensportlern (detaillierte Beschreibung im Beitrag von Horvath, Birrer, Meyer und Seiler, in Vorbereitung) verglichen werden.

Beschreibung der unterstützenden Massnahmen

Laienkonsultation

Untersuchungen im Bereich der Gesundheitspsychologie zeigten, dass zu Gesundheitsfragen häufig Laien gegenüber Experten vorgezogen werden (Weber, 1994). Dies mag daran liegen, dass oft objektive Normen fehlen und die Laienkonsultationen im Gegen-

satz zu ärztlichen Konsultationen nichts kosten und keine Verpflichtungen nach sich ziehen (Sanders, 1982). Besonders für Athleten, die zum ersten Mal eine Rehabilitation erleben, bietet der Austausch mit Laien eine gute Gelegenheit, die neue Situation besser einzuschätzen und realistische Erwartungen aufzubauen (Bianco, 2001). Aber auch im weiteren Verlauf der Rehabilitation können Unsicherheiten durch den Austausch mit Laien behoben werden.

Damit der verletzte Athlet optimal von den Erfahrungen des Laien profitieren kann, sollte dieser ebenfalls Spitzensportler sein und auf eine möglichst ähnliche Verletzung mit erfolgreicher Rehabilitation und Comeback zurückblicken können, die nicht länger als zwei Jahre zurück liegt.

Handouts

Während der gesamten Rehabilitation erhielten die Patienten fünf Handouts, die auf die aktuelle Phase der Rehabilitation abgestimmt wurden. Die Handouts sind einheitlich aufgebaut: Nachdem kurz die aktuelle Rehabilitationsphase beschrieben wird, folgt eine Definition der Ziele der Phase und eine konkrete Anleitung, was die Sportler zum Erfolg der Rehabilitationsphase beitragen können. Damit sollten alle Elemente vorhanden sein, die nach Flammer (1990) für das Ausüben von Kontrolle notwendig sind, wenn davon ausgegangen werden kann, dass Spitzensportler ausreichend motiviert sind.

Im zweiten Teil des Handouts werden dem Patienten Aufgaben gestellt, die er selbst oder gemeinsam mit einer zugewiesenen Kontaktperson lösen soll. Die gestellten Aufgaben thematisieren mögliche Hindernisse (wie Schuldzuweisung oder Angst vor einer Wiederverletzung) oder sollen dazu führen, dass mögliche Ressourcen (z.B. emotionale oder informationelle Unterstützung) aktiviert und genutzt werden.

Für die phasenspezifische Abgabe der einzelnen Handouts ist der behandelnde Physiotherapeut zuständig. Dieser hat auch gelegentlich zu überprüfen, ob sich der Patient tatsächlich mit den Handouts auseinandersetzt.

Eine Rehabilitation in fünf Phasen

Die ersten drei Phasen fanden auch bei der Untersuchung der Breitensportler Anwendung. Es handelt sich dabei um die Akutphase (endet z.B. mit dem Entfernen des Gipsverbandes oder der Rückgabe der Krücken), die Phase der Teilbeanspruchbarkeit (endet mit der Wiederherstellung der Beweglichkeit) und die Phase der vollen Alltagsbeanspruchbarkeit.

Zusätzlich wurden bei den Spitzensportlern zwei weitere Phasen angefügt, weil deren Rehabilitation nicht mit dem Erreichen der Alltagsbeanspruchbarkeit abgeschlossen wird. In der vierten Phase wird die Belastbarkeit weiter ausgebaut und sichergestellt, dass die verletzte Körperpartie den Belastungen der betreffenden Sportart wieder gewachsen ist. Die Zahl der physiotherapeutischen Behandlung nimmt dabei zusehends ab und dient in erster Linie als Kontrolle vor Überbelastungen. Diese Phase ist beendet, wenn der Athlet wieder an allen Trainingseinheiten teilnehmen kann, wenn auch noch nicht mit 100%-iger Intensität. In der letzten Phase soll die Wettkampfbeanspruchbarkeit erreicht werden. Sobald die ersten Wettkämpfe ohne Probleme bestritten werden konnten, endet diese Phase und damit auch die Rehabilitation.

Allgemeiner Vergleich mit Breitensportlern

Drei verletzte Spitzensportler erklärten sich bereit, an der Studie mitzumachen. Sie füllten zu Beginn der Rehabilitation und nach Beendigung jeder der fünf Phasen dieselben Fragebogen aus (insgesamt sechs Messzeitpunkte), die bereits bei einer Untersuchung von 15 Breitensportlern verwendet wurden. Die Werte der drei Spitzensportler können daher bei den ersten vier Messzeitpunkten auch als Rangplatz (zwischen 1 und 18) dargestellt werden, wodurch Hinweise auf mögliche Unterschiede zwischen Spitzen- und Breitensportler gewonnen werden können.

Erfasst wurden drei Arten der Kontrollmeinung (Internalität, soziale Externalität, fatalistische Externalität; Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit; Lohaus und Schmitt, 1989), Ängstlichkeit (SCL-90-R; Franke, 1995), soziale Unterstützung und Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung (F-SozU; Sommer und Fydrich, 1989), die Intention betreffend der physiotherapeutischen Übungen, die Adherence (Fragebogen zur Erfassung der Teilnahme am Rehabilitationsprogramm; Marcolli, 2001), die Zufriedenheit mit der Rehabilitation und das Urteil des behandelnden Physiotherapeuten.

Drei Fallbeispiele

Ausgangssituationen

Patient 1: Ein 24-jähriger Eishockeyspieler eines NLA-Klubs stürzt Mitte Saison «unglücklich» und zieht sich dabei eine Schulterluxation zu, die einen operativen Eingriff erfordert. Trotzdem scheinen die Bedingungen für eine erfolgreiche Rehabilitation gegeben zu sein. Der Patient scheint keine Ängste betreffend seines Comebacks zu haben, was sicherlich auch auf seine bisherige Rehabilitationserfahrung zurückzuführen ist. Auf der emotionalen Ebene beschreibt sich der Patient als gelangweilt, ängstlich, niedergeschlagen und frustriert. Als Kontaktperson konnte ein junger NLA-Fussballer gewonnen werden, der die selbe Operation über sich ergehen lassen musste und mittlerweile erfolgreich in den Spitzensport zurückgekehrt ist.

Patientin 2: Zum Saisonstart verletzt sich eine 20-jährige Judosportlerin im Trainingslager (Oberschenkelfraktur) und muss das Ziel einer Teilnahme an den Olympischen Spielen 2004 aufgeben. Obwohl es ihre erste Rehabilitation ist, scheint sie keine Ängste betreffend Comeback zu haben. Sie zählt sehr auf die Unterstützung aus ihrem sozialen Netz und empfindet weder Frustration noch Niedergeschlagenheit, sondern gibt sich sehr optimistisch. Als Kontaktperson wird ihr ein Kunstturner zugewiesen.

Patient 3: Ebenfalls zum Saisonstart verdreht sich ein 22-jähriger Kunstturner bei einem «normalen Trainingswettkampf» das Knie und muss sich einer Operation des vorderen Kreuzbandes unterziehen. Als Kontaktperson bietet sich ein anderer Kunstturner an. Bereits zu Beginn der Rehabilitation gibt der Patient Ängste betreffend Comeback und Rehabilitation an, was möglicherweise auch darauf zurückzuführen ist, dass es seine erste Rehabilitation ist. Seine Gefühlslage beschreibt er als gelangweilt, niedergeschlagen, frustriert und entmutigt.

Allgemeine Auffälligkeiten und Gemeinsamkeiten

Vergleicht man die ersten Phasen der drei Spitzensportler mit denen der 15 Breitensportlern, zeigt sich eine erstaunliche Diskrepanz. Einerseits liegen sie auf den letzten vier Rangplätzen bezüglich der Zufriedenheit mit dem Verlauf ihrer Rehabilitation, andererseits sind auch ihre Adherence-Rangplätze in der hinteren Hälfte der Breitensportler, sie zeigen also eher eine geringere Adherence (s. Abb. 1 und 2).

Die drei Athleten stufen die Kontrolle des medizinischen Teams (Arzt, Physiotherapeut) am Heilungsverlauf zu allen sechs Messzeitpunkten als eher hoch ein, womit sie sich kaum von den Breitensportlern unterscheiden. Starke zeitliche Schwankungen zeigen sich bei der Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung.

Individuelle Auffälligkeiten

Patient 1: Zu Beginn der Rehabilitation schätzt der Patient die eigene Kontrolle im Vergleich zu den Breitensportlern sehr tief ein und gibt auch eine sehr geringe Intention an, die physiotherapeutischen Übungen in jedem Fall auszuführen. Im Verlauf der Behandlung nimmt diese jedoch zu (s. Abb. 3). Dies ist insbesondere erstaunlich, weil es in der Mitte der Rehabilitation zu einer schweren Komplikation kam, was sich auch deutlich in einer Erhöhung der empfundenen Unkontrollierbarkeit widerspiegelt (s. Abb. 4).

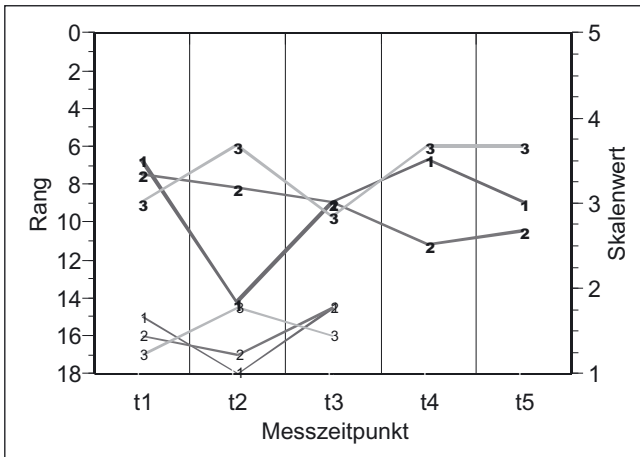


Abbildung 1: Verlauf der Zufriedenheit der drei Spitzensportler (1 bis 3) mit der Rehabilitation als Skalenwerte (dicke Linien) und Rangposition im Vergleich zu den Breitensportlern (dünne Linien).

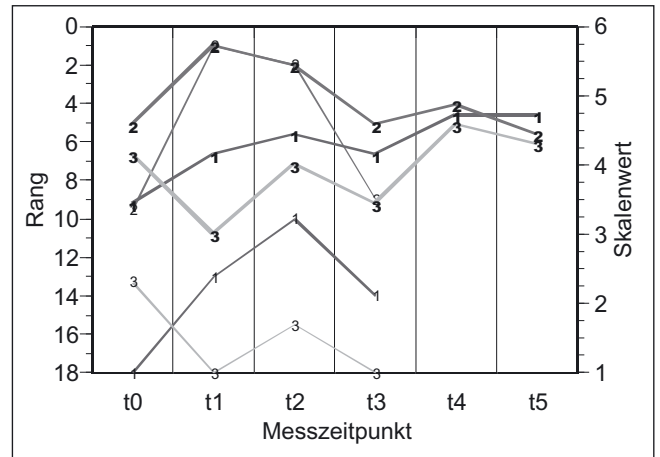


Abbildung 3: Verlauf der internalen Kontrollmeinung der drei Spitzensportler (1 bis 3) als Skalenwerte (fett) und Rangposition im Vergleich zu den Breitensportlern (dünn).

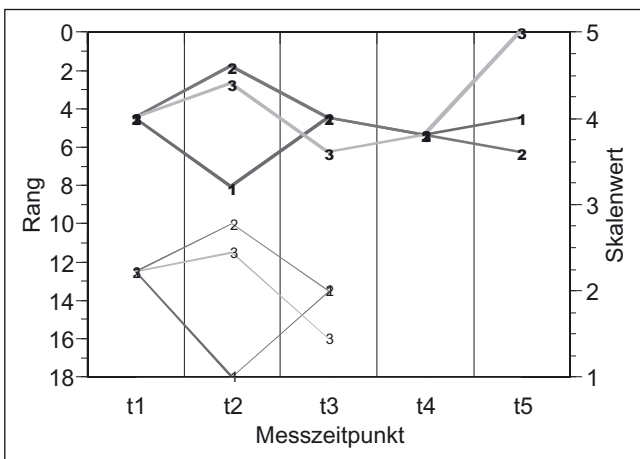


Abbildung 2: Verlauf der Adherence der drei Spitzensportler (1 bis 3) als Skalenwerte (fett) und Rangposition im Vergleich zu den Breitensportlern (dünn).

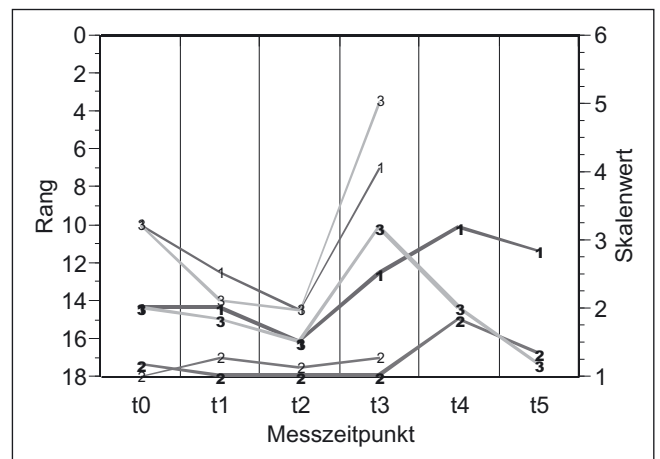


Abbildung 4: Verlauf der Unkontrollierbarkeit (fatalistische Externalität) der drei Spitzensportler (1 bis 3) als Skalenwerte (fett) und Rangposition im Vergleich zu den Breitensportlern (dünn).

Betreffend der Ängstlichkeit weist der Patient hingegen im Vergleich mit den Breitensportlern zu Beginn der Behandlung einen hohen Wert auf, der bis zur Komplikation abnimmt, dann aber stagniert.

Patientin 2: Auch hier kommt es im Verlauf der Rehabilitation zu einer Komplikation, die zu einer erhöhten Ängstlichkeit zu führen scheint und sich negativ auf die Intention auswirkt. Gleichzeitig korrigiert die Patientin die wahrgenommene soziale Unterstützung nach unten, ist aber dennoch zufrieden damit. Gegen Ende der Rehabilitation bleibt die Ängstlichkeit auf einem verhältnismässig hohen Level, was darauf hindeutet, dass sich die Patientin über eine Wiederverletzung sorgt oder befürchtet, den Anschluss an die Spitze nicht zu schaffen. Trotzdem gelingt es, die interne Kontrollmeinung hoch und die wahrgenommene Unkontrollierbarkeit tief zu halten.

Patient 3: Trotz der gebotenen Laienkonsultation eines Sportlerkollegen und den Handouts gibt der dritte Patient bis zur Mitte der Rehabilitation eine sehr hohe Ängstlichkeit an, und auch die interne Kontrollmeinung konnte bis zu diesem Zeitpunkt nicht wie gewollt aufgebaut werden. Gleichzeitig beschrieb allerdings der behandelnde Physiotherapeut den bisherigen Rehabilitationsverlauf als ausgezeichnet, was dem Patienten auch wiederholt mitgeteilt wurde. Die Ursache für diese Diskrepanz wurde schliesslich im Trainingsumfeld gefunden. Der Patient konnte schon früh wieder an Trainings teilnehmen. Während seine Kollegen an den Geräten trainierten, machte der Patient seine Rehabilitationsübungen. Durch fehlende Kommunikation zwischen

Physiotherapeut und Trainer wurde der Patient aber weiter vom Geräteturnen abgehalten, als sein Rehabilitationsstand dies wieder erlaubt hätte. Deshalb hatte der Patient das Gefühl, den Anschluss an die andern nicht mehr zu finden. Nachdem dieses Missverständnis geklärt wurde, verbesserten sich die Werte schlagartig ins Positive.

Diskussion und Ausblick

Die drei Fallbeispiele sprechen für ein ständiges Monitoring psychischer Faktoren wie der Ängstlichkeit, internaler Kontrollmeinung und Intention bei verletzten Spitzensportlern. Dies gilt besonders beim Auftreten von Komplikationen und nach Erreichen der Alltagsbeanspruchbarkeit (Kleinert, 2002) und könnte dazu beitragen, dass erforderlichenfalls Sportpsychologen rechtzeitig in Anspruch genommen werden. In solchen Situationen sollte zudem versucht werden, das erhöhte Bedürfnis an sozialer Unterstützung zu befriedigen. Dazu ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Trainer und Physiotherapeut notwendig. Dass die Athleten bei Komplikationen besonders mit einer Erhöhung der empfundenen Unkontrollierbarkeit reagieren, deutet auf einen funktionalen Attributionsstil hin, solange dabei die eigene Kontrollüberzeugung nicht stark sinkt. Sollte dies nicht der Fall sein, liesse sich der Attributionsstil durch eine entsprechendes Trainingsprogramm beeinflussen (Försterling, 1985). Da zudem eine hohe Adherence der Sportler keine Selbstverständlichkeit ist, sollte besonders der

behandelnde Physiotherapeut sich nicht scheuen, den Athleten bei entsprechendem Verdacht etwas Druck zu machen.

Der Nutzen der Laienkonsultation und der Handouts kann aufgrund der geringen Teilnehmerzahl nur schwer eingeschätzt werden. Wir mussten feststellen, dass es schwierig ist, Spitzensportler während des gesamten Rehabilitationsverlaufs zu untersuchen, was unter anderem auch auf häufige Wechsel der Lokalität und des medizinischen Betreuerteams zurückzuführen ist.

Interessierte können das Handoutmaterial von der Homepage des Bundesamtes für Sport, www.baspo.ch, im Bereich Wissenschaft – Sportpsychologie – Dienstleistungen herunterladen.

Korrespondenzadresse:

lic. phil. Stephan Horvath, Sportwissenschaftliches Institut, Sportpsychologie und Sportwissenschaften, CH-2532 Magglingen, E-Mail: stephan_horvath@gmx.net

Literaturverzeichnis

- Bianco T.* (2001): Social support and recovery from sport injury: elite skiers share their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72, 376–388.
- Flammer A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Försterling F.* (1985): Attributional retraining: A Review. *Psychological Bulletin*, 98, 495–512.
- Franke G.* (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis (Deutsche Version). Göttingen: Beltz Test.
- Hermann H.D., Eberspächer H.* (1994): Psychische Rehabilitation nach Sportverletzungen. In J.R. Nitsch und R. Seiler (Eds.), *Gesundheitssport – Bewegungstherapie* (S. 170–176). Sankt Augustin: Academia.
- Hermann H.D., Mayer J.* (2003): Psychologische Aspekte in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation nach Sportverletzungen. *dvs-Informationen*, 18, 8–12.
- Horvath S., Birrer D., Meyer S., Seiler R.* (in Vorbereitung): Breitensportler in der Physiotherapie. Stabilität psychologischer Variablen und ihr Einfluss auf die Adherence.
- Kleinert J.* (2002): Fallbeispiele psychologischer Diagnostik und Intervention bei Problemen in den späten Rehabilitationsphasen verletzter Sportler. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 50, 85–90.
- Kolt G.S., Roberts P.D.* (1998): Self-esteem and injury in competitive field hockey players. *Perceptual and Motor Skills*, 87, 353–354.
- Lohaus A., Schmitt G.M.* (1989): Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Marculli C.* (2001): Die psychologische Rehabilitation nach Sportverletzungen. Entwicklungen des Interventionsprogramms COMEBACK und Evaluation von dessen Wirkung (Vol. 22); Zürich: Gesellschaft zur Förderung der Sportwissenschaften an der ETH Zürich.
- Sanders G.S.* (1982): Social comparison and perception of health and illness. In G.S. Sanders und J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 129–157). Hillsdale, NY: Erlbaum.
- Sommer G., Fydrich T.* (1989): Soziale Unterstützung, Diagnostik, Konzepte, F-SOZU (DGVT-Materialien Nr.22). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Weber H.* (1994): Veränderungen gesundheitsbezogener Kognitionen. In P. Schwenkmezger und L. Schmidt (Eds.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 188–206). Stuttgart: Enke.