

Christian Marcolli

# Auf dem Weg zum Comeback

Die psychologische Betreuung nach einer schweren Sportverletzung – eine Einzelfallstudie

## Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wird ein Fallbeispiel dargestellt und anhand dessen beschrieben, wie die sportpsychologische Betreuung im Rahmen des Interventionsprogramms COMEBACK während der Rehabilitationszeit gestaltet wurde.

Eishockey-Profi C. hatte bereits beim Betreuungsstart eine schwierige Verletzungsgeschichte hinter sich. Trotz zweier Operationen an der gerissenen Achillessehne war keine Abstossaktivität des Fusses mehr vorhanden, zudem war die Narbe über weite Strecken nicht zugewachsen. Psychisch lagen unter anderem sowohl Störungen des Selbstvertrauens wie auch des Körperbildes vor. Zusätzlich waren der ungünstige Zeitpunkt in der Saison sowie der Zeitpunkt in der Karriere von C. heikle Einflussfaktoren in der Rehabilitation.

Die psychologische Intervention bestand aus einem ausführlichen Eingangsgespräch, einem detaillierten Zieldefinitions- und Rehabilitationsplanungsprozess sowie aus Entspannungsübungen, Heilungsvisualisierung, Visualisierungsübungen für technische Bewegungsabläufe und Konzentrationsübungen. Als Ergebnis der Betreuung resultierten für C. eine realistisch-optimistische Situationseinschätzung, erhöhte Kompetenz zur Regulierung von physischen und psychischen Spannungszuständen, ein günstiger Heilungsverlauf, gesteigerte Motivation für die physische Rehabilitation sowie erfolgreiche mentale Vorbereitung für den neuerlichen Einstieg in den Wettkampfalltag.

### Schlüsselwörter:

Psychologische Betreuung, Rehabilitation, Sportverletzungen, Einzelfallstudie

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 52 (2), 78–81, 2004

## Einleitung

Seit einiger Zeit wird den physischen Faktoren in der Rehabilitation von Sportverletzungen nicht mehr ausschliesslich die alleinige Aufmerksamkeit geschenkt. In der Literatur lassen sich in den letzten Jahren zahlreiche Beiträge zu den Einflüssen der psychischen Verfassung oder des sozialen Umfeldes finden. Diese Beiträge sind vorwiegend theoretischer Natur. Daneben werden auch in der Praxis – dort allerdings zumeist mit wenig Systematik – die psychischen, psychosomatischen und psychosozialen Auswirkungen von Sportverletzungen bei den Behandlungsmethoden berücksichtigt.

Verschiedene Autoren haben versucht, die psychologische Rehabilitation nach Sportverletzungen modellartig geeignet darzustellen. Über eine geraume Zeit hinweg wurde angenommen, dass die psychischen Reaktionen eines Athleten auf eine erlittene Sportverletzung sequenziell voranschreiten, und zwar entlang von spezifischen Stufen, welche mit Gefühlen des Trauerns und der Auffassung eines Verlustes in direktem Zusammenhang stehen

## Abstract

### *Psychological counseling after athletic injuries – A case study*

The present paper describes a single case participating in the psychological intervention COMEBACK. When starting the intervention, athlete C. (an ice hockey professional) had already had a difficult history of injury behind him. Despite two surgeries at the Achilles tendon, he had no capability to push off with his foot. Additionally, the scar has not healed up to a significant extent. Psychologically, there were disturbances of self-confidence as well as an unrealistic body image. Moreover, the unfavourable time in the season and the moment of his career were also delicate factors in the rehabilitation.

The psychological intervention consisted of an extensive interview at the beginning, and continued with a detailed goal-setting and rehabilitation-planning process, relaxation-exercises, healing-imagery, visualization of technical moves and concentration exercises. The results of the intervention for athlete C. were a realistic-optimistic analysis of the situation, an increased competence to manage physical and psychological stress, a favourable process of healing, increased motivation for the physical rehabilitation as well as a successful mental preparation to start playing ice hockey on a high level again.

### Key words:

Psychological counselling, rehabilitation, sport injury, case study

(Gordon & Lindgren, 1990; McDonald & Hardy, 1990; Pedersen, 1986; Rotella, 1985; Rotella & Heymann, 1993). Eine der wichtigsten Erkenntnisse, die Anlass zur Kritik an den Stufenmodellen im Kontext psychischer Reaktionen auf Sportverletzungen gab, ist die Tatsache, dass die verschiedenen Athleten individuell unterschiedlich auf eine Verletzung reagieren. Dies geschieht in Form einer Interaktion zwischen mehreren verschiedenen situativen und stabilen Faktoren. Es wäre der Komplexität der individuellen Situation nicht angemessen, wenn generell angenommen würde, dass alle Athleten dieselben voraussagbaren Stufen der psychischen Reaktionen durchlaufen. Wiese und Weiss (1987) bemerkten hierzu, dass es sich bei Sportverletzungen um eine weit komplexere Problematik handelt, als dass sie mit einem linearen Stufenmodell beschrieben werden könnte. Die Individualität eines jeden verletzten Athleten einerseits und die Eigenheit eines jeden Verletzungsszenarios andererseits sind die stichhaltigsten Argumente, um die Stufenmodelle im Zusammenhang mit psychischen Reaktionen und Sportverletzungen zu vernachlässigen. Der Ansatz des Stufenmodells kann höchstens für solch schwerwiegende Ver-

letzungen gelten, welche die Athleten zu einem Karriereabbruch zwingen. Eine solche Verletzungssituation kommt einem Verlust im Sinne von Kübler-Ross (1969) wesentlich näher.

Der Ansatz der Interaktion zwischen verschiedenen Faktoren distanziert sich vom Standpunkt, die Verletzung sei ein Verlust per se. Vielmehr rückte die Ansicht in den Mittelpunkt, dass es sich bei einer Sportverletzung um eine Stresssituation handelt, in deren Kontext die Verletzung als Stressor definiert wird. Zentral dabei sind kognitive Prozesse, die so genannten Bewältigungsstrategien. Hierbei wird das Augenmerk auf die intraindividuelle Verarbeitung durch das Individuum und dessen emotionale Reaktionen gelegt, zudem wird auch die Interaktion des Individuums mit der Umwelt berücksichtigt. Auf dieser Grundlage entstanden in den vergangenen Jahren Prozessmodelle von psychischen Reaktionen nach Sportverletzungen (vgl. u.a. Kleinert & Liesenfeld, 2002; Wiese-Bjornstahl, Smith, Shaffer & Morrey, 1998), welche sowohl psychische, physische wie auch soziale Faktoren berücksichtigen und die Dynamik in deren Zusammenwirken beinhalten.

Dieses Verständnis lag der Intervention COMEBACK zu Grunde, einem sportpsychologischen Massnahmenprogramm, mit welchem 20 Athleten während ihrer Rehabilitation von ihrer Verletzung zusätzlich zur medizinischen Betreuung auch psychologisch betreut wurden (Marcolli, 2001). In dieser Arbeit wurde deutlich, dass jedes Verletzungsszenario und jeder Rehabilitationsverlauf einzigartig ist und seine besonderen Anforderungen und Eigenheiten hat. Diese Eigenheiten können im Detail von Modellen nur begrenzt dargestellt werden. Im vorliegenden Beitrag soll dieser Individualität des Rehabilitationsprozesses Rechnung getragen werden. Dafür wird ein einzelner Fall beschrieben, von vor der Operation bis zur Wiedereingliederung in den Wettkampfalltag.

## Fallbeschreibung

### *Ausgangslage und Anamnese*

Athlet C. kommt im Rahmen des psychologischen Interventionsprogramms COMEBACK in die Sprechstunde wegen Unsicherheit und Ängsten bezüglich seiner anstehenden Rehabilitation und des weiteren Karriereverlaufs. Er steht 5 Wochen vor einer erneuten Operation der Achillessehne. C. ist männlich, 27 Jahre alt und Profi-Eishockeyspieler in der Nationalliga B (zweithöchste Liga in der Schweiz). Er ist seit jeher Eishockeyspieler, hat aber parallel zu seiner bisherigen sportlichen Karriere einen grossen Teil des Jura-Studiums absolviert. Er verdient mit dem Sport seinen Lebensunterhalt.

Er erlitt mitten im Sommertraining bei Sprungbelastungen eine Ruptur der Achillessehne und wurde einen Tag später vom Vereinsarzt operiert, wobei eine Achillessehnennaht durchgeführt wurde. Als Komplikation entwickelte sich postoperativ eine Wundheilungsstörung. Zunächst erfolgte die Ruhstellung der Sehne mittels Gips, nach einiger Zeit die funktionelle Nachbehandlung im Stabilschuh. Fünf Wochen später kam es zu einem «spürbaren Knallen» im Achillessehnenbereich beim normalen Gehen ohne Schuh, worauf sich unmittelbar sowohl die Wundverhältnisse als auch die Schmerzsituation signifikant verschlechterten. Eine Belastung der Achillessehne war nicht mehr möglich. Wiederum wurde zur Ruhstellung ein Gips angelegt und zusätzlich mit Antibiotika behandelt. Nach der Gipsentfernung war eine reduzierte Belastung an Gehstücken zwar möglich, es bestand jedoch weitere Sekretion an der Wunde, welche jetzt teilweise eitrig und serös war. Der Arzt entschied sich zur Revision der Achillessehne mittels erneuter Operation. Dabei wurde festgestellt, dass keine kontinuierliche Achillessehne mehr bestand. Zur Kontrolle der Wundverhältnisse verbrachte C. daraufhin 4 Wochen stationär in der Klinik.

Wenige Tage danach kam er zum ersten Mal in die Praxisklinik Rennbahn in Muttenz. Mittels biomechanischer Ganganalyse wurde festgestellt, dass keine Abstossaktivität des Fusses mehr vorhanden war. Ausserdem war die etwa 20 cm lange Narbe über weite Teile offen. Es zeigten sich zudem Verwachsungen resp. Verklebungen zwischen dem Musculus soleus und den tie-

fen Zehenflexoren, was eine starke Bewegungseinschränkung des Fusses zur Folge hatte. Es wurde entschieden, die Achillessehne nochmals zu rekonstruieren. Der medizinische Behandlungsplan sah vor, auf Grund der Verletzungsvorgeschichte während einer einwöchigen stationären, präoperativen Physio-Intensivwoche die stark verklebten Weichteile zu lösen und die Infektionssituation so gut wie möglich zu vermindern. Weil die Behandlung nach und nach die gewünschten Erfolge brachte, wurden diese konservativen, präoperativen Massnahmen während weiteren vier Wochen drei Mal wöchentlich ambulant fortgesetzt. Diese Phase endete schliesslich mit der geplanten Operation.

Kurz nach dem Eintritt in die präoperative Physio-Intensivwoche erfolgte das Erstgespräch mit C. im Rahmen der psychologischen Betreuung. Er äusserte neben seinen massiven Befürchtungen um die Wiedererlangung der körperlichen Leistungsfähigkeit auch Ängste bezüglich des weiteren Verlaufs seiner professionellen Eishockeykarriere. C. stand zwar zu jenem Zeitpunkt bei seinem Verein unter Vertrag, dieser endete jedoch am Ende der Saison. C. war überzeugt, dass er nur noch einen neuen Vertrag erhalten würde, wenn er am Ende der Saison die so genannten Play-offs (Aufstiegsspiele in die NLA, die höchste Schweizer Liga) bestreiten könne.

*Exploration der Drucksituation:* Nebst dem Schweregrad der Verletzung war bei C. die ungünstige Verletzungsvorgeschichte ein relevanter Einflussfaktor auf den Heilungs- und Rehabilitationsverlauf. Erschwerend dazu kamen der Zeitpunkt in der Saison sowie der Zeitpunkt in der Karriere. C. gab mehrmals an, dass er noch nicht bereit sei, seine Karriere zu beenden, dass er sich ein Leben ohne Eishockey noch nicht vorstellen könne und dass er «mit allen Mitteln» die Fortsetzung der Karriere anstrebe. Sein noch nicht abgeschlossenes Studium wirkte verstärkend auf die Situation. C. war finanziell auf den Sport, und in diesem Fall auf einen neuen Vertrag, angewiesen. Zudem lagen auf Grund der negativen Verletzungsvorgeschichte sowohl Störungen des Selbstvertrauens und des Körperbildes vor, dies vor allem auch, weil die Wunde seit der ersten Operation nicht mehr zugewachsen war.

### *Interventionsplanung:*

#### *Die psychologische Rehabilitation mit COMEBACK*

Die Standardstruktur des psychologischen Interventionsprogramms COMEBACK besteht aus vier Phasen: der Akutphase, der Phase der Rehabilitationsplanung, der Phase der sportlichen Rehabilitation und der Phase der Vorbereitung auf den Wettkampfalltag. Diese Phasen werden bei jedem rehabilitierenden Athleten an dessen medizinisch-physiotherapeutischen Rehabilitationsverlauf angepasst (Marcolli, 2001).

Da C. eine gewisse Zeit präoperativ in der Klinik behandelt wurde, lag es nahe, vom Standardprogramm COMEBACK abzuweichen und mit der Intervention schon früher zu beginnen, anstatt die ersten fünf präoperativen Wochen ungenutzt verstreichen zu lassen. Unmittelbar nach der Operation wurde quasi dann nochmals eine kurze Akutphase eingeschoben, um den Anforderungen der Situation gerecht zu werden.

Nach dem Erstgespräch bestand der nächste Schritt der psychologischen Intervention aus der ausführlichen Zieldefinition unter Berücksichtigung sämtlicher relevanter Faktoren. Athlet C. selbst nahm diese Zieldefinition für sich vor. Parallel dazu erfolgte diese auch von der Physiotherapeutin unter Rücksprache mit dem behandelnden Arzt. In einem gemeinsamen Meeting mit der Physiotherapeutin und dem Sportpsychologen schilderte C. als Erster die folgenden Ziele (in der genannten Reihenfolge): (1) Er möchte in 4 Monaten wieder wettkampfmässig Eishockey spielen und mit seiner Mannschaft an den Play-off-Spielen teilnehmen, (2) er will körperlich und psychisch besser sein als vor der Verletzung, und (3) er will sich einen neuen Vertrag für die kommende Saison erkämpfen. Die medizinische Seite legte daraufhin ihre Ziele und den idealen Rehabilitationsverlauf offen. Diese wurden grundsätzlich in kurzfristige (bis 3 Wochen postoperativ), mittelfristige (zwischen 3 und 16 Wochen postoperativ) und langfristige Ziele (ab 16 Wochen postoperativ) aufgeteilt. Übergeordnetes, langfris-

tiges Ziel war stets die gesunde und funktionelle Achillessehne. Dem wurden verschiedene aktive und passive Rehabilitationsmassnahmen untergeordnet.

In dieser Besprechung wurden die Ziele definitiv festgelegt, unter der Voraussetzung, dass die Heilung und die Rehabilitation reibungslos verlaufen – was mit der geschilderten Verletzungsvorgeschichte nicht grundsätzlich zu erwarten war. C. hatte somit bereits vor seinem operativen Eingriff einen konkreten Rehabilitationsplan. Es wurde jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Rehabilitationsplan einen günstigen Heilungsverlauf voraussetzt und jederzeit an aktuelle Ereignisse angepasst werden kann. Diese gemeinsame Besprechung hatte, nebst der Planung und Strukturierung des Rehabilitationsprozesses, auch informativen Gehalt. Athlet C. wurde über die relevanten medizinischen Prozesse seiner Rehabilitation aufgeklärt, mit dem Ziel, dass ein verbessertes Verständnis eine realistische Erwartungshaltung ermöglichte.

Die weitere Planung sah vor, dass man die Inhalte von COMEBACK ebenfalls entsprechend dem Rehabilitationsverlauf anpasst. Konkret – und in dieser Reihenfolge – waren Entspannungsübungen, Visualisierungsübungen sowohl für die Heilung wie auch für technische Bewegungsabläufe sowie Konzentrationsübungen geplant. Weiter wurde vorgesehen, dass sich C. relativ lange vor Abschluss der Rehabilitation und der Wiedereingliederung in den Wettkampfalltag mit den Gegebenheiten und Anforderungen des Profi-Eishockeys auseinandersetzt, damit er, sobald physisch rehabilitiert, auch psychisch eine gute Leistung abrufen kann. Die Rehabilitation stand unter dem Motto «Ich kehre in mein Team zurück und bin in besserer körperlicher und psychischer Verfassung als je zuvor». Unter diesem Gesichtspunkt wurde von Seiten der Klinik auch ein Ernährungsprogramm für C. zusammengestellt, so dass weitere physische Voraussetzungen für ein erfolgreiches Comeback gegeben waren. Man war der Meinung, dass sich eine Reduktion des Körpergewichts um 3–4 Kilogramm positiv auf die bevorstehende Rehabilitation auswirken könne, da die Belastung auf die Gelenke dadurch gemindert wird. C. arbeitete also parallel an drei verschiedenen Bereichen, an der körperlichen Rehabilitation, an der psychischen Rehabilitation und an seinen Ernährungsgewohnheiten.

#### *Interventionsdurchführung*

Die psychologisch orientierten Massnahmen beim Eishockeyspieler C. verfolgten zwei Hauptziele. Das erste Ziel bezog sich vorwiegend auf die Unterstützung des physischen Heilungs- und Rehabilitationsprozesses. Das zweite Ziel betraf die mentale Vorbereitung auf den Wettkampfalltag. Die Schwierigkeit bestand darin, dass diese beiden Ziele wegen der vertraglichen Situation von C. schon bald parallel verfolgt werden mussten – dies verlangte von allen Beteiligten eine noch intensivere und fokussiertere Zusammenarbeit als bei anderen Athleten. Entsprechend war die Zusammenarbeit von C. mit dem Sportpsychologen organisiert. In den 5 Monaten zwischen Erstgespräch und erstem Einsatz in einem Meisterschaftsspiel fanden insgesamt 24 Meetings à 45–90 Minuten statt.

Für das Erreichen des ersten Ziels – die Unterstützung des Heilungs- und Rehabilitationsprozesses – wurden vorwiegend Atementspannungsübungen (vgl. Hermann & Eberspächer, 1994) durchgeführt. Diese erlaubten es C., sich sowohl physisch wie psychisch von Spannungszuständen zu regenerieren. Diese Entspannungsübungen wurden, nach dem Vermitteln, von C. alleine angewandt. Auf der Basis der Entspannung erfolgte in dieser Phase zudem die Heilungsvisualisierung. Dies ist eine Technik, bei der sich der Patient – vereinfacht ausgedrückt – den Heilungsprozess aktiv vorstellt (vgl. Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994). Diese Technik, welche in der Rehabilitation von anderen Krankheitsbildern wie beispielsweise Krebs eingesetzt wird, wurde von C. ebenfalls nach einer Einführungsphase selbstständig durchgeführt.

C. hielt seine Aktivitäten jeweils in einem Logbuch fest. Dieses Logbuch war in zweierlei Aspekten wichtig. C. hatte

einerseits am Ende eines Tages die Möglichkeit, seinen Beitrag zur Genesung niederzuschreiben und zu reflektieren. Dies erlaubte ihm, in Phasen seiner Rehabilitation, wo es nicht vorwärts zu gehen schien, seinen eigenen Beitrag in den Vordergrund zu stellen. Andererseits diente das Logbuch als eine Art Tagebuch des Rehabilitationsverlaufs. C. konnte jederzeit rückblickend feststellen, wie der Prozess gelaufen war und was er dafür investiert hatte. Die dahinter liegende Absicht bestand im Sinne der Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1977) darin, einem bekannten Phänomen entgegenzuwirken, nämlich dass verletzte Athleten oft den Eindruck haben, dass sie während der Rehabilitation eigentlich «gar nichts machen», sondern quasi nur darauf warten, bis sie wieder einsatzfähig sind.

Im zweiten grossen Abschnitt der Rehabilitation wurde das andere Ziel – die mentale Vorbereitung auf den Wettkampfalltag – intensiver verfolgt. In dieser Zeit wurden Konzentrationsübungen, kombiniert mit einfachen sportlichen Technikübungen, durchgeführt. Exemplarisch dafür sei an dieser Stelle eine solche Übung dargestellt. Im Gymnastiksaal der Physiotherapie wurden verschiedene Gegenstände unterschiedlicher Grösse platziert und mit Nummern versehen. C. hatte nun die Aufgabe, auf Kommando das entsprechende Ziel zu treffen. Das Treffen der einzelnen Ziele gab entsprechend der jeweiligen Schwierigkeit mehr oder weniger Punkte. Zwischen dem Erteilen des Kommandos und dem Abgeben des Schusses durften nicht mehr als 2 Sekunden vergehen. C. benutzte dazu die Unihockey-Ausrüstung. Zusätzlich erfolgte die Übung unter Anwendung der Kompetenzerwartung im Sinne des Prognosetrainings (vgl. Hermann & Eberspächer, 1994). C. musste also vor dem Start einer Serie à 10 Schüsse angeben, wie viele Punkte er in der jeweiligen Serie machen wird. Als Anreiz dazu wurde ein kleiner Preis (Schokolade usw.) vereinbart. C. trainierte mit dieser Aufgabe gleichzeitig mehrere koordinative Fähigkeiten (insbesondere die Orientierungs-, Differenzierungs- und Reaktionsfähigkeit), die Visualisierungsfähigkeit (Vorstellen der Ziele im Raum), die Konzentrationsfähigkeit sowie die Selbsteinschätzung. Schliesslich erfolgte diese Übung unter einem gewissen – wenn auch spielerischen – Druck, da seine Leistung auch Konsequenzen hatte (Gewinn eines Preises bei Zielerreichung, bei Nichterreichen das Erbringen einer zusätzlichen Leistung). In diesem Fall war es ausserdem hilfreich, dass die Durchführung mit Stock und Ball erfolgen konnte, was sowohl technisch wie auch ausrüstungsmässig dem Eishockey ähnlich war.

In der abschliessenden Phase der Wiedereingliederung in den Wettkampfalltag beschäftigte sich C. zusätzlich zu den bereits geschilderten Massnahmen mit der mentalen Auseinandersetzung mit den sportartspezifischen Gegebenheiten. Dabei wurden mit Hilfe des Visualisierens die Bewegungsabläufe, das Skating, der Torschuss sowie der Zweikampf thematisiert. Diese multisensorischen Aktivitäten im Sinne des mentalen Trainings (vgl. Gubelmann, 1998) wurden eingesetzt, damit sich C. bereits vor dem ersten Einsatz all der heiklen Situationen des harten Wettkampfalltags bewusst wird und sich mit diesen Aspekten lösungs- und ressourcenorientiert auseinandersetzt.

#### *Betreuungsergebnis*

C. konnte die Rehabilitation trotz der heiklen Vorgeschichte entsprechend dem Rehabilitationsplan absolvieren. Er konnte durch die erste psychologische Massnahme, nämlich die ausführliche Zieldefinition zusammen mit der Physiotherapeutin, einen guten Überblick über den Rehabilitationsverlauf gewinnen, was ihm erlaubte, zu jedem Zeitpunkt eine realistisch-optimistische Perspektive einzunehmen. Zudem berichtete C. bereits nach wenigen Wochen nicht mehr von Ängsten, welche ihn belasten. Er äusserte sich positiv und zuversichtlich über seine persönlichen Befindlichkeiten. Die unbekannte Variable, ob er rechtzeitig zum Saisonende fit sein werde, löste bei ihm bereits 3 Wochen nach der Operation keine heilungshemmenden Emotionen mehr aus. C. führte dies unter anderem auch auf niedrigere innere Spannungszustände zurück, welche er mittels der Atementspannungsübungen

günstig beeinflussen konnte. C. gab in einem retrospektiven Interview an, dass er die Atementspannungsübungen noch immer, weit nach Abschluss seiner Rehabilitation, einsetzt (Marcolli, 2002a). In der sportlichen Rehabilitation äusserte sich C. sehr positiv. Er könne nun sehr gut abschalten und konzentriere sich auf die aktuell bevorstehenden Aufgaben. Die Konzentrationsübungen, welche er mit viel Freude und Spass durchführe, seien für ihn eine grosse Herausforderung. Eine solche Herausforderung habe ihm in den letzten Monaten sehr gefehlt. C. gab in der bereits erwähnten retrospektiven Betrachtung an, dass diese Übungen für ihn nicht nur ein Training waren, sondern auch massgeblichen Anteil daran hatten, dass er so schnell nach der Wiedereingliederung in den Wettkampfalltag eine tragende Rolle in seiner Mannschaft übernehmen konnte.

Schliesslich erlaubte es der Heilungs- und Rehabilitationsverlauf, dass sich C. stetig höheren, sukzessive gesteigerten Anforderungen stellen konnte (alleine Schlittschuh laufen, alleine Eishockey spielen, mit der Mannschaft trainieren). Als ersten Einsatz absolvierte er das zweitletzte Saisonspiel für seine Mannschaft und trug massgeblich dazu bei, dass das Team in den folgenden Play-offs in die NLA aufsteigen konnte. Noch während der Play-off-Spiele erhielt er vom Verein einen neuen Zweijahresvertrag.

## Ausblick

Die psychologische Betreuung konnte nach Ansicht von C. einen wesentlichen Teil zur schnellen und erfolgreichen Genesung beitragen. Diese Aussage deckt sich mit den Ergebnissen der Nachuntersuchung zu COMEBACK. 17 von 20 am Programm teilnehmenden Athleten schätzten die psychologische Betreuung als wichtig ein, wobei zwei Drittel der professionellen Sportler diese sogar als gleichwertig zur Physiotherapie bezeichneten (Marcolli, 2002b). Zudem scheint die Tatsache, dass eine Mehrheit der Athleten auch nach Abschluss der Rehabilitation weiterhin gewisse mentale Aktivitäten durchführten, welche sie sich während der Rehabilitation angeeignet hatten, ein wichtiger Hinweis zu sein, dass die psychologische Betreuung nicht nur im spezifischen Fall der Verletzung, sondern auch im Allgemeinen zur Bewältigung von herausfordernden Situationen eingesetzt und genutzt wird.

Es bleibt zu untersuchen, ob sich solche Athleten, welche während ihrer Rehabilitation psychologische Betreuung erhielten, und gewisse Inhalte auch darüber hinaus regelmässig und systematisch einsetzten, weniger neu verletzen als andere. Solche Untersuchungen könnten stichhaltige Argumente liefern, dass Sportpsychologen in Zukunft – unter den in anderen Beiträgen diskutierten Bedingungen von Fachkompetenz, Kooperation, Verständigung und Verständnis (Kleinert, 2002; Marcolli, 2002b) – feste Fachkräfte im Rehabilitationsprozess werden und entsprechende Finanzierungen über die Krankenkassen erhalten.

Korrespondenzadresse:

Sport Psychology, Excellence & Leadership,  
Dr. C. Marcolli, Bahnhofstrasse 19, CH-6340 Baar,  
E-Mail: marcolli@excellence-marcolli.ch

## Literaturverzeichnis

- Achterberg J., Dossey B., Kolkmeier L.: Rituals of healing. New York 1994; Bantam.
- Bandura A.: Social-learning Theory. Englewood Cliffs, NJ 1977; Prentice-Hall.
- Gordon S., Lindgren S.: Psycho-physical rehabilitation from a serious sport injury: A case study of an elite fast bowler. The Australian Journal of Science and Medicine in Sport 1990; 22: 71–76.
- Gubelmann H.: Geistiges Probehandeln motorischer Fertigkeiten: Eine quasi-experimentelle Felduntersuchung zum Mentalen Training im Schulturnen. Zürich 1998; Gesellschaft zur Förderung der Sportwissenschaften an der ETH Zürich, Band 18.
- Hermann H.D., Eberspächer H.: Psychologisches Aufbautraining nach Sportverletzungen. München 1994; BLV Verlagsgesellschaft.
- Kleinert J.: Fallbeispiele psychologischer Diagnostik und Intervention bei Problemen in der späten Rehabilitationsphase verletzter Sportler. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 2002; 50: 85–90.
- Kleinert J., Liesenfeld M.: Betreuer-Sportler-Interaktionen nach Sportverletzungen im professionellen Hallenhandball – eine Interviewstudie. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 2002; 50: 77–84.
- Kübler-Ross E.: On death and dying. New York 1969; Macmillan.
- Marcolli C.: Die psychologische Unterstützung in der Rehabilitation von Verletzungen. Ansätze für medizinische Fachkräfte. Zürich 2002a; Gesellschaft zur Förderung der Sportwissenschaften an der ETH Zürich, Band 24.
- Marcolli C.: Die psychologische Betreuung nach Sportverletzungen – eine retrospektive Befragung der Teilnehmer am Projekt COMEBACK. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 2002b; 50, 71–75.
- Marcolli C.: Die psychologische Rehabilitation nach Sportverletzungen. Entwicklung des Interventionsprogramms COMEBACK und Evaluation von dessen Auswirkungen. Zürich 2001; Gesellschaft zur Förderung der Sportwissenschaften an der ETH Zürich, Band 22.
- McDonald S.A., Hardy C.J.: Affective response patterns of the injured athlete: An exploratory analysis. The Sport Psychologist 1990; 4: 261–274.
- Pedersen P.: The grief response and injury: A special challenge for athletes and athletic trainers. Athletic Training 1986; 21: 312–314.
- Rotella, R.J.: The psychological care of the injured athlete. In L.K. Bunker, R.J. Rotella & A.S. Eilly (eds.), Sport psychology: Psychological considerations in maximizing sport performance. Ann Arbor, MI 1985; McNaughton and Gunn.
- Rotella R.J., Heymann S.R.: Stress, injury and the psychological rehabilitation of athletes. In J.M. Williams (ed.), Applied Sport Psychology: Personal growth to peak performance. Mountain View, CA 1993; Mayfeld.
- Wiese D.M., Weiss M.R.: Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sports medicine team. The Sport Psychologist 1987; 1: 318–330.
- Wiese-Bjornstahl D.M., Smith A.M., Shaffer S.M., Morrey M.A.: An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dynamics. Journal of Applied Sport Psychology 1998; 10: 46–69.