Jens Kleinert, Monika Liesenfeld

Psychologisches Institut, Deutsche Sporthochschule Köln

Betreuer-Sportler-Interaktionen nach Sportverletzungen im professionellen Hallenhandball – eine Interviewstudie

Zusammenfassung

Interaktionen zwischen Sportlern einerseits und Physiotherapeuten, Ärzten sowie Trainern andererseits kommen im Verlauf der Rehabilitation nach Sportverletzungen zwar häufig vor, werden jedoch selten systematisch zur Diagnose oder Beeinflussung der psychischen Verfassung des verletzten Sportlers genutzt. Da grundlegendes Wissen zu Interaktionen in der Rehabilitation verletzter Sportler fehlt, ist das Ziel der vorliegenden Studie die Analyse typischer Interaktionsprozesse nach Sportverletzungen, um hierauf aufbauend Hinweise zur psychologischen Diagnostik und Intervention im Rahmen derartiger Interaktionen zu geben.
Im Rahmen einer qualitativen Studie wurden 17 Spieler, Trainer und Physiotherapeuten aus der Hallenhandball-Bundesliga der Männer zu Interaktionen im Verlauf der Rehabilitation nach Verletzungen interviewt. Die inhaltsanalytische Auswertung der Interviews führte zu fünf Bereichen im Rahmen von Interaktionen: Medizinische Aufklärung, Schmerzen/Beschwerden, Angst/Erregtheit, Therapieverhalten und soziale Unterstützung. Aufgrund der Inhaltsanalysen können folgende Empfehlungen für das Betreuungspersonal gegeben werden:

1. Betreuer sollten neben der Persönlichkeit des Athleten vermehrt situative Faktoren berücksichtigen.
2. Interaktionen sollten zur Diagnostik der emotionalen Lage des Athleten genutzt werden.
3. Hintergründe der emotionalen Situation, z.B. Unterstützung oder äusserer Druck, sollten vermehrt berücksichtigt werden.
4. Alltägliche Interaktionen sollten auch gezielt zur positiven Beeinflussung emotionaler oder kognitiver Zustände des Athleten genutzt werden.

Schlüsselwörter:
Interaktion, Kommunikation, medizinische Betreuung, Sportverletzung, Sportrehabilitation, Hallenhandball

Abstract

Interactions between athletes and sport injury rehabilitation personnel in professional handball – an interview study

Interactions between athletes on the one hand and physiotherapists, physicians, or coaches on the other hand are a common phenomenon in rehabilitation settings. Nevertheless, a systematic use of these interactions for the diagnosis or intervention of the athlete's mental state is missing. Because of this lack of fundamental knowledge about rehabilitation interactions the aim of the present is to analyse typical interaction processes following sport injuries. Based on this, recommendations for interaction-oriented psychological diagnostics and interventions are possible.
Within a qualitative study 17 players, coaches, and physiotherapists from German first division handball teams were interviewed about rehabilitation interactions following injuries. A context analysis of the interview material led to five interaction dimensions: medical education, pain/complaints, fear/arousal, therapy behaviour, and social support. Based on this analysis recommendations for the rehabilitation personnel are:

1. Not only the athlete's personality but also situation variables have to be considered in interactions.
2. Interactions should be used for the diagnosis of the athlete's emotional state.
3. Background of emotions, e.g., support or pressure, should be more frequently considered.
4. Everyday interactions should be utilized for interventions on the athlete's emotional or cognitive state.

Key words:
Interaction, communication, medical attendance, sport injury, sport rehabilitation, handball

Schweizerische Zeitschrift für «Sportmedizin und Sporttraumatologie» 50 (2), 77–84, 2002

Problemstellung

Die Verletzung eines Sportlers ist in erster Hinsicht ein körperliches Phänomen. Befragt man Sportler und Betreuer jedoch nach ihren verletzungsbezogenen Erfahrungen, erhält man nicht allein körperbezogene Antworten, sondern mit hoher Wahrscheinlichkeit auch Hinweise darauf, dass mit der physischen Funktionsbeeinträchtigung erhebliche psychische Begleiterscheinungen verbunden sind, die sich in Angst, Depression, Ärger, Wut, Einstellungsänderungen, Motivationseinbussen, Selbstzweifeln und vielem mehr äussern (vgl. Bickert, 1999). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die körperliche Verletzung mit einer «Verletzung der Psyche» einhergeht und dass psychische Bedingungen den Heilungsprozess fördern oder beeinträchtigen können. Diese Annahme wurde in den letzten zwei Jahrzehnten in zahlreichen Studien gefestigt (vgl. Ievleva & Orlick, 1991; Morey, Stuart, Smith & Wiese-Bjornstal, 1999; McDonald & Hardy, 1990; Smith, Scott, Fallon & Young, 1990; Wiese & Weiss, 1987). Die Konsequenz aus diesen Untersuchungen scheint auf der Hand zu liegen: Die Sportverletzung kann nur zum Teil auf medizinischem und physio-

therapeutischem Weg behandelt und geheilt werden; psychosoziale Betreuung ist angeraten und möglicherweise in manchen Fällen sogar zwingend erforderlich.

Im Rahmen einer psychosozialen Betreuung und Beratung besitzen Physiotherapeuten, Sportmediziner und Trainer besondere Aufgaben (vgl. Gordon, Potter & Ford, 1998). Durch ihren häufigen Kontakt mit dem verletzten Athleten und durch die hiermit einhergehenden alltäglichen Interaktionen und Kommunikationsprozesse können Trainer und Therapeuten einen grossen Einfluss auf die psychosoziale Situation des Sportlers nehmen und ihn dadurch in seinem Heilungsprozess unterstützen. Trotzdem ist bislang von wissenschaftlicher Seite eine gezielte Analyse von Betreuer-Athleten-Interaktionen nach Sportverletzungen nicht durchgeführt worden. Stattdessen lag der Schwerpunkt in bisherigen Studien auf der Analyse psychischer Reaktionen verletzter Sportler, die für eine schnelle und erfolgreiche Rehabilitation entweder förderlich oder hinderlich sein können (vgl. Brewer, Petitpas, Van Raalte, Sklar & Ditmar, 1995; Ford & Gordon, 1998; Ievleva & Orlick, 1991; Morrey et al., 1999; Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer & Morrey, 1998).

Interaktionen zwischen Sportlern und Betreuern nach Sportverletzungen haben zwar vordergründig zumeist körperliche Aspekte der Verletzung zum Thema, werden jedoch in starkem Masse auch durch die psychosoziale Situation des Verletzten mitbestimmt. Insofern können Interaktionen in der Sportrehabilitation psychosoziale Komponenten explizit oder implizit thematisieren. In expliziter Form werden Befürchtungen, Sorgen oder andere Probleme rund um die Verletzung selbst zum Thema der Betreuer-Sportler-Interaktion gemacht. In der zweiten, impliziten Form beeinflussen Befürchtungen oder Sorgen die Interaktion im Bereich körperlicher Belange (Schmerzen, Heilungszustand). Aufgrund dieser unmittelbaren und mittelbaren Einflussnahme von psychosozialen Reaktionen auf die Betreuer-Sportler-Interaktion soll im folgenden Abschnitt deutlich gemacht werden, wie die psychosoziale Situation des Sportlers aus der Eigenperspektive und aus Sicht der Betreuer charakterisiert werden kann. Beide Perspektiven zusammen führen zu einem vorläufigen Modell von verletzungsbezogenen Interaktionen zwischen Sportlern und Betreuern. Aufbauend auf dieser Modellvorstellung werden konkrete Zielstellungen für die nachfolgende Analyse von interaktionsrelevanten Verhaltensbereichen formuliert. Die anschliessende Darstellung und abschliessende Diskussion der Studienergebnisse sollen schliesslich Hinweise darauf geben, in welchen Bereichen Interventionen hinsichtlich der Sportler-Betreuer-Interaktion nach Sportverletzungen sinnvoll erscheinen.

Psychosoziale Reaktionen von Sportlern nach Verletzungen

Die ersten Versuche, psychosoziale Reaktionen von Sportlern im Anschluss an Sportverletzungen darzustellen und in einen systematischen Zusammenhang zu bringen, erfolgten in den achtziger Jahren und orientierten sich entweder an Phasenkonzeptionen oder lehnten sich an stresstheoretische Konzeptionen an. Phasenbasierte Modelle (vgl. Gordon, 1986, zitiert nach Wiese-Bjornstal et al., 1998; Pederson, 1986) gehen davon aus, dass die psychische oder psychosoziale Bewältigung von Verletzungen ein linearer Prozess ist, in dem der Sportler bestimmte Phasen oder Reaktionen obligat oder fakultativ durchläuft (z.B. Verleugnung, Ärger, Depression, Akzeptanz). Derartige Überlegungen, die auf Modelle der Bewältigung einschneidender Lebensereignisse zurückgehen (vgl. Kübler-Ross, 1969), konnten jedoch die psychosozialen Reaktionen auf Sportverletzungen nicht befriedigend erklären (Evans & Hardy, 1995). Folglich konzipierten Wiese und Weiss (1987) ein stresstheoretisch ausgerichtetes Bewältigungsmodell, in dem die Sportverletzung als ein psychosozialer Stressor aufgefasst wird, dessen Bewertung durch den Athleten zu psychosozialen Reaktionen führt (vgl. auch Stresskonzeption von Lazarus & Launier, 1981).

Aufbauend auf der Vorarbeit von Wiese und Weiss (1987) und unter Berücksichtigung weiterer Modelle und konzeptueller Überlegungen zu psychischen Verletzungsfolgen im Sport entwickelten Wiese-Bjornstal et al. (1998) das «integrated model of psychological response to the sport injury and rehabilitation process». Im Mittelpunkt des Modells steht der Heilungsprozess, der durch die drei Modellkomponenten *kognitive Bewertung, emotionale Reaktion* und *Verhalten* des Sportlers bestimmt wird. Während Wiese-Bjornstal et al. die genannten drei Komponenten mit einer breiten Palette verschiedener psychosozialer Variablen in Zusammenhang bringen, sind verhältnismässig wenige dieser Variablen bisher erforscht:

So beschäftigten sich die meisten Studien zu *kognitiven Bewertungsprozessen* nach Sportverletzungen mit der Selbstwahrnehmung von verletzten Athleten, das heisst mit dem Selbstwert, dem Selbstbild, der Selbstwirksamkeit und der Selbstsicherheit (vgl. z.B. Connelly, 1991; Shaffer, 1991). Demgegenüber wurden andere wichtige Parameter der kognitiven Bewertung, wie zum Beispiel die Wahrnehmung und Bewertung der körperlichen Verfassung, in der bisherigen Forschung nicht berücksichtigt.

Weitaus die meisten Forschungsaktivitäten entfielen bislang auf den Bereich der *emotionalen Reaktion* des Athleten. Hier zeigte sich vor allem, dass emotionale Reaktionen nach Sportverletzungen sehr stark variieren und je nach Situation und Emotionsform unterschiedliche Ausmasse annehmen (vgl. Bianco, Malo & Orlick, 1999; LaMott, 1994; Morrey et al., 1999; Quinn & Fallon, 1999). Als situative Einflussfaktoren auf emotionale Verläufe können insbesondere verschiedene Phasen der Rehabilitation verantwortlich gemacht werden (Kleinert & Bickert, 2000). Störungen des emotionalen Erlebens nach Sportverletzungen bestehen vermutlich immer; bei 10–20% der Sportverletzten treten sogar behandlungsbedürftige Stimmungsstörungen, insbesondere Depressionen, auf (Brewer, Lindner & Phelps, 1995).

Im Bereich von *Verhaltensreaktionen* können das Therapieverhalten, das Bewältigungsverhalten, das Risikoverhalten und das Nutzen sozialer Unterstützung unterschieden werden, wobei insbesondere das Therapieverhalten in bisherigen Studien untersucht wurde (vgl. die Übersicht von Brewer, 1998). Im Modell von Wiese-Bjornstal et al. (1998) ist das Therapieverhalten vor allem die Konsequenz der kognitiven Bewertung und emotionalen Reaktion des Sportlers. In dieser Hinsicht gibt das Verhalten des verletzten Athleten dem Betreuer wichtige Rückschlüsse auf innere Vorgänge und Erlebnisweisen und insbesondere auch auf die motivationale Verfassung des Athleten.

Wiese-Bjornstal et al. bezeichnen die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen kognitiver Bewertung, emotionaler Reaktion und Verhaltensreaktion als das «Herzstück» ihres Modells. Einen starken Einfluss auf diese Wechselwirkungen haben *personale* und *situative Faktoren*. Personale Faktoren beziehen sich sowohl auf die Verletzung selbst als auch auf individuelle Unterschiede wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, Schmerztoleranz, Bewältigungsstile oder andere Persönlichkeitsfaktoren. Situative Faktoren umfassen zum Beispiel das sportliche Leistungsniveau, die Rehabilitationsumgebung, die Familie, Teamkollegen, Trainer sowie die medizinische Betreuung. Personale und situative Faktoren beeinflussen insbesondere die Art und Weise, wie ein Sportler eine gegebene Situation bewertet und daraufhin emotional reagiert. So ist das Ausmass an Angst oder Befürchtungen nicht nur von der Wahrnehmung und Bewertung des Verletzungstyps abhängig (personaler Faktor), sondern auch von der Wahrnehmung und Bewertung der unterstützenden Menschen und Bedingungen in der Umwelt (situative Faktoren).

Psychosoziale Verletzungsfolgen im Sport aus der Sicht von Betreuern

Die im vorherigen Abschnitt dargestellten Forschungsergebnisse basieren auf Studien, in denen Sportler selbst zu ihren Gedanken, Gefühlen oder Verhaltensweisen befragt wurden. In Hinsicht auf Interaktionsprozesse ist jedoch nicht nur die Eigenperspektive und Sichtweise des verletzten Sportlers von Bedeutung, sondern in ebenso starkem Masse auch die Sicht des Interaktionspartners,

das heisst des Trainers, Physiotherapeuten oder Sportarztes. Vor diesem Problemhintergrund befragten Ford und Gordon (1998) 96 Trainer und Therapeuten hinsichtlich der Bedeutung, die sie psychosozialen Aspekten bei der Behandlung oder Betreuung verletzter Sportler zuschreiben. Die am bedeutsamsten eingeschätzten Bereiche waren sowohl emotionaler Natur (Angst, Frustration, depressive Verstimmung) als auch kognitiv ausgerichtet (fehlendes Verständnis, fehlendes Selbstvertrauen). Weiterhin waren die Bewertung des Heilungs- oder Verletzungszustandes durch den Athleten und hiermit einhergehende Motivationsprobleme oder Fehlverhaltensweisen aus Sicht der Betreuer sehr relevant: Nach Ansicht der Befragten würden Sportler häufig verletzungsbezogene Signale des eigenen Körpers missachten und auch häufig die Sportaktivität beginnen wollen, ohne vollständig ausgeheilt zu sein.

Die Ergebnisse der Befragung von Ford und Gordon (1998) zeigen, dass auf den ersten Blick aus Sicht der Betreuer ähnliche psychosoziale Faktoren von Bedeutung sind, wie sie von Wiese-Bjornstal et al. (1998) anhand von athletenzentrierten Studien zusammengetragen wurden. Ein sehr relevanter Unterschied besteht jedoch bei näherer Betrachtung in der Bedeutung der Körperwahrnehmung, das heisst in der Wahrnehmung und Einschätzung von körperlichen Einschränkungen und Leistungsfähigkeiten. Obwohl Körperwahrnehmung bislang in Athletenstudien keine Rolle spielte, ist dieser Faktor aus Sicht der Betreuer äusserst relevant. Es besteht zum Beispiel die Gefahr, dass Sportler nach Verletzungen offensichtliche und vom Therapeuten diagnostizierte Funktionseinbussen nicht wahrnehmen oder falsch einschätzen (vgl. Crossman, Jamieson & Hume, 1990). Andererseits kann der Fall eintreten, dass Beschwerden und Schmerzen geäussert werden, ohne dass von therapeutischer Seite hierfür biomedizinische Korrelate vorliegen. Es muss davon ausgegangen werden, dass derartige Wahrnehmungs- und Bewertungsdiskrepanzen nicht nur zu unterschiedlichen Beurteilungen von Sportlern und Betreuern hinsichtlich der Ernsthaftigkeit und Tragweite einer Verletzung führen (vgl. Brown, 1995; Kahanov & Fairchild, 1994), sondern insgesamt den Interaktionsprozess massgeblich mitbestimmen bzw. beeinträchtigen. Auch in anderen Bereichen gibt es Hinweise auf diskrepante Einschätzungen von verletzten Athleten einerseits und Trainern sowie Therapeuten andererseits. So werden zum Beispiel verletzungsbezogene psychische Reaktionen, insbesondere emotionale Veränderungen im Laufe einer Sportverletzung, von Aktiven und Betreuern unterschiedlich stark eingeschätzt (vgl. Brewer, Petitpas et al., 1995; Brewer, Linder et al., 1995).

Trotz vieler Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen in der Darstellung psychosozialer Verletzungsfolgen aus Sicht von Sportlern und Betreuern zeigt sich somit, dass in einigen Punkten die Bedeutung bestimmter Verletzungsfolgen unterschiedlich akzentuiert wird und dass Bewertungen der Verletzungssituation unterschiedlich ausfallen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Sichtweise von Athleten und Betreuung von psychosozialen Belangen der Sportverletzung geben wichtige Hinweise für die folgende Darstellung eines verletzungsbezogenen Interaktionsmodells.

Einflussfaktoren auf Betreuer-Sportler-Interaktionen nach Sportverletzungen

Interaktionen nach Sportverletzungen können in Anlehnung an Forgas (1995) als aufeinander bezogene Verhaltensweisen zweier oder mehrerer Personen bezeichnet werden, welche sowohl verbal als auch nonverbal ausgerichtet sein können. Eine Interaktion ist daher sowohl gekennzeichnet durch die einzelnen Verhaltensweisen der interagierenden Personen als auch durch die Wechselwirkungen dieser Verhaltensweisen. *Abbildung 1* verbindet diese Begriffsbestimmung mit der vorhergehenden Literaturbesprechung zu psychosozialen Verletzungsfolgen. Demnach wird das Interaktionsverhalten von Betreuern und Sportlern durch unmittelbar und mittelbar wirksame Faktoren beeinflusst. Unmittelbar Einfluss nehmende Faktoren auf Seiten des Athleten sind die kognitive Bewertung, die emotionale Reaktion und die Motivation (das

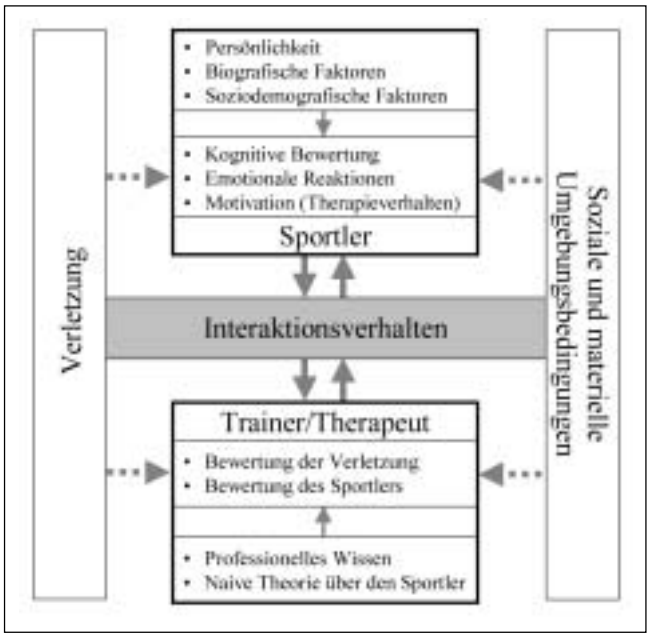

Abbildung 1: Angenommene Einflussfaktoren auf das Interaktionsverhalten in Betreuer-Sportler-Interaktionen nach Sportverletzungen.

heisst die Ausrichtung des Therapieverhaltens) des verletzten Athleten. Mittelbaren Einfluss auf das Interaktionsverhalten des Sportlers nach Verletzungen haben die Persönlichkeit des Athleten, seine Biografie (z.B. bisheriger Karriereverlauf) und soziodemografische Variablen (Alter, Geschlecht).

Während die Interaktion von Seiten des Sportlers vor allem durch seine Innensicht der Verletzung beeinflusst wird, wird das Interaktionsverhalten des Trainers, Physiotherapeuten oder Arztes vor allem durch die Aussensicht der Verletzung beeinflusst. Unmittelbare Einflussfaktoren sind hierbei vermutlich die Bewertung der Verletzung (Schweregrad, Heilungsaussichten, Konsequenzen) und die Bewertung des Sportlers (emotionale, kognitive und behaviorale Reaktionen). Mittelbar nehmen das professionelle Wissen des Betreuers und seine diagnostische Kompetenz sowie die naive Theorie bzw. das subjektive Bild, welches der Trainer, Physiotherapeut oder Arzt vom Sportler hat, Einfluss auf das Interaktionsverhalten des Betreuers.

Unmittelbare Einflussfaktoren werden entsprechend dem Modell von Wiese-Björnstal et al. (1998) von situativen Faktoren beeinflusst. Im Falle der Nachverletzungssituation sind diese Faktoren vor allem die Verletzung selbst und begleitende soziale sowie materielle Umgebungsbedingungen. Verletzung und Umgebungsbedingungen bieten jedoch nicht allein die Grundlage für Bewertungsprozesse auf Seiten des Sportlers und Betreuers, sondern sind auch als Grundlage des Interaktionsgeschehens selbst zu bezeichnen. Das heisst, dass in den meisten Fällen die Verletzung der Verhaltensanlass und der vordergründige Interaktionsgrund ist und dass verletzungsbezogene Interaktionen direkt abhängig von einem typischen Interaktionsumfeld sind (Praxis, Rehazentrum).

Zielsetzung der Studie

Auf der Grundlage des zuvor entwickelten Interaktionsmodells soll der Fragestellung nachgegangen werden, wie Interaktionsverhalten von Betreuern und Sportlern im Verletzungsfall näher beschrieben werden kann. Hierbei wird eine Differenzierung typischer Bereiche von Betreuer-Sportler-Interaktionen nach Verletzungen angestrebt. Hierauf aufbauend ist von zentralem Interesse, welche Relevanz verschiedene psychosoziale Einflussfaktoren für das Interaktionsverhalten haben. Neben diesen beiden Zielstellungen sollen in der vorliegenden Studie auch Hinweise auf spe-

zifische Wahrnehmungs- und Bewertungsdiskrepanzen zwischen Sportlern und Betreuern hinsichtlich der Interaktionssituation gesucht werden.

Methodik

Untersuchungsgruppe

Als Untersuchungsgruppe der Studie wurden Sportler und Betreuer aus der deutschen Hallenhandball-Bundesliga der Männer gewählt. In diesem Leistungsbereich lastet aufgrund der professionellen Situation (z.B. Sponsoren) im Falle von Verletzungen zumeist hoher äusserer Druck auf Spielern und Betreuern. Gleichzeitig liegen im Bundesligabereich (zumeist) optimale medizinische Betreuungsbedingungen vor. Diese Bedingungen prägen verletzungsbezogene Interaktionsprozesse in hohem Ausmass.

In der vorliegenden Studie wurden aus sechs Vereinen der deutschen Hallenhandball-Bundesliga der Männer jeweils ein Spieler und ein Trainer interviewt. Bei fünf dieser Vereine war darüber hinaus die Befragung eines verantwortlichen Physiotherapeuten möglich (hierbei handelte es sich in zwei Fällen um eine Physiotherapeutin). Die beteiligten Vereine befanden sich zum Zeitpunkt der Befragungen sowohl im oberen, mittleren als auch unteren Drittel der Tabelle. Alle befragten Spieler sind äusserst verletzungserfahren und hatten vor kurzem erst eine Verletzung ausgeheilt. Die befragten Physiotherapeuten haben langjährige Behandlungserfahrung im Bereich der Hallenhandball-Bundesliga (5–20 Jahre); alle befragten Trainer waren vor ihrer Trainertätigkeit selbst als Aktive im höchsten Leistungsbereich (zumeist Nationalmannschaft) tätig.

Verfahren

Sowohl der explorative Charakter der Studie als auch der Gegenstandsbereich führten in der vorliegenden Untersuchung zur Auswahl eines qualitativ ausgerichteten Untersuchungsverfahrens, das heisst zur Methode des halbstandardisierten Interviews. Zur Entwicklung eines ersten Interviewleitfadens wurden neben der Modellgrundlage Vorgespräche mit Experten genutzt (ehemalige Handball-Bundesligatrainer, erfahrene Physiotherapeuten). In einer ersten Interviewphase wurden in Einzelgesprächsituationen jeweils zwei Spieler, Trainer und Physiotherapeuten befragt. Die Interviews wurden auf Audiokassetten aufgenommen, vollständig transkribiert (Umfang zwischen 3033 und 6366 Wörtern, M = 4500) und inhaltsanalytisch ausgewertet (vgl. Mayring, 1996; Witzel, 1982). Die Auswertung bestand im Wesentlichen aus einer Kategorisierung und Generalisierung von Interviewaussagen. Die Ergebnisse dieser ersten Interviewphase führten zu einer Überarbeitung des Interviewleitfadens. In der anschliessenden zweiten Interviewphase wurden weitere vier Spieler, drei Physiotherapeuten und vier Trainer interviewt. Auch diese Interviews wurden bis auf eine Ausnahme in Einzelgesprächsituationen durchgeführt. Die Auswertung der Daten der zweiten Interviewphase (Umfang zwischen 1921 und 7640 Wörtern, M = 4090) erfolgte anhand des Kategoriensystems, welches aufgrund der ersten Interviewphase erstellt wurde.

Darstellung und Interpretation der Interviewergebnisse

Es konnten fünf hauptsächliche Verhaltensbereiche im Rahmen von Betreuer-Spieler-Interaktionen differenziert werden: (1) Schmerz- und Beschwerdeverhalten des Sportlers, (2) Angstverhalten (inkl. Erregtheit) des Sportlers, (3) Therapieverhalten (inkl. Zielsetzungen und Selbstmotivation) des Sportlers, (4) Aufklärungsverhalten des Betreuers und (5) soziale Unterstützung (inkl. sozialer Druck) des Betreuers (vgl. auch *Abb. 2*). Neben der Beschreibung der fünf Verhaltensbereiche wird entsprechend der Fragestellungen auch auf mögliche Einflussfaktoren sowie auf Wahrnehmungs- und Bewertungsdiskrepanzen zwischen Betreuern und Spielern eingegangen.

Schmerz- und Beschwerdeverhalten

Ein häufiger und zugleich äusserst wichtiger Verhaltensbereich zwischen Spielern einerseits und Therapeuten sowie Trainern andererseits sind geäusserte Beschwerden und Schmerzen. Für den Athleten besitzen diese Äusserungen nicht nur die Funktion, dem Betreuer etwas über sich, die eigene Verfassung und die Verletzung mitzuteilen, sondern auch eine entscheidende «Appellfunktion» (vgl. Schulz von Thun, 1997): Letzteres bedeutet, dass Äusserungen über Beschwerden implizit auch den Wunsch nach Änderung von Verhaltensweisen oder Massnahmen des Betreuers transportieren. Für den Betreuer sind geäusserte Beschwerden eine wesentliche Grundlage für die Bewertung der Verletzung, aber auch für die Bewertung des Sportlers und seiner psychosozialen Situation. In diesem Sinne sind Beschwerden und Schmerzen aus Sicht der befragten Trainer und

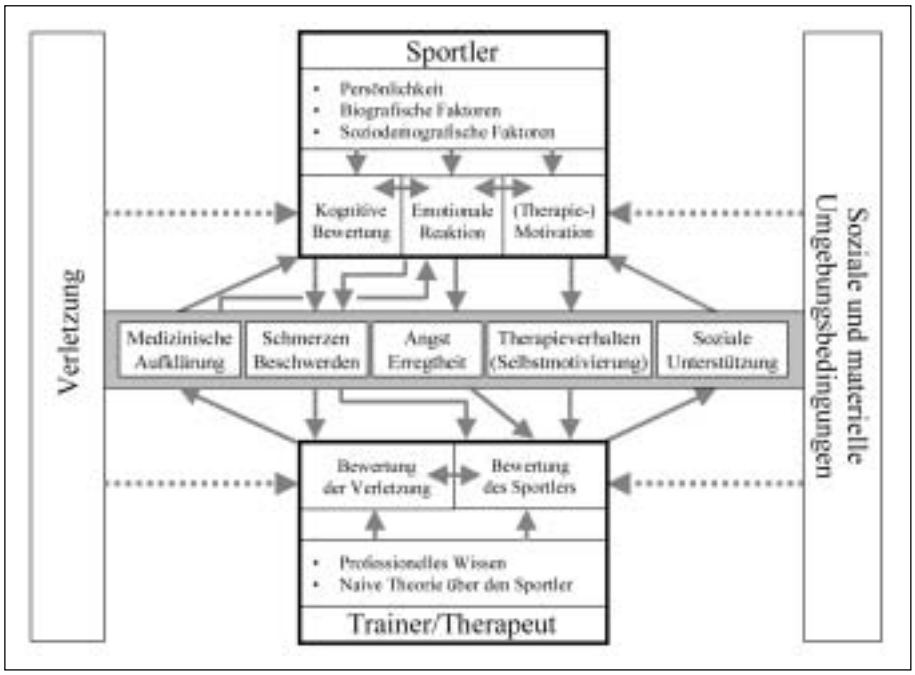

Abbildung 2: Modell zu spezifischen Verhaltensbereichen und Einflussfaktoren der Trainer-Sportler- sowie Therapeuten-Sportler-Interaktion nach Sportverletzungen. (Die Pfeile des Modells stellen angenommene Zusammenhänge auf der Grundlage der vorliegenden Interviewstudie dar.)

Therapeuten nicht allein das Ergebnis körperlicher Prozesse, sondern in starkem Masse das Ergebnis der psychischen Verfassung des Spielers. Beschwerden werden von den befragten Betreuern vor allem als Konsequenz der *Persönlichkeit* und der *Erfahrung* des Spielers gesehen: (1) Persönlichkeit: «…es gibt ja wirklich sehr sensible Spieler, die sofort sagen ‹Aua, tut alles weh› und ‹geht nicht mehr› und dann gibt es welche, die es entweder überspielen oder deren Schmerzgrenze ist einfach tiefer.» (2) Spielererfahrung: «Das ist auch Erfahrungssache, die erfahrenen richtigen Profispieler, die haben gelernt bei welchen Beschwerden sie zum Arzt gehen müssen und die jungen Leute, die müssen nicht nur lernen Tore zu machen, die sollen auch solche Dinge lernen.» Für Trainer und Therapeuten ist es wichtig, Beschwerden und Schmerzen unter Berücksichtigung von Persönlichkeit und Spielererfahrung richtig einzuschätzen, was in hohem Masse mit der Erfahrung des Betreuers und mit seiner Kenntnis über den Spieler zusammenhängt.

Auch die Spieler sehen die Bewertung und die Äusserung von Schmerzen oder Beschwerden in Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren. Im Vordergrund stehen bei ihnen jedoch die *Schmerzgewöhnung* und der *«Ehrencodex»* des Spielers. (1) Gewöhnung: «Du merkst auch mit der Zeit, dass Du schmerzunempfindlicher wirst. Also Du hast zwar Schmerzen, aber Du lernst mit den Schmerzen mehr umzugehen.» (2) «Ehrencodex»: «Also, so als Handballer ist irgendwie eh so, bis der Kopf halt unter dem Arm hängt wird gespielt. Wenn es ein Bänderriss oder Bänderdehnung ist, da werden drei Tage pausiert, dann kommt ein Tape drum und dann wird gespielt, also es geht immer irgendwie.» «Da muss man halt einfach mal ein bisschen durch und auch mal zu Voltaren oder zur anderen Schmerztablette greifen.»

Die Interviews machen deutlich, dass sowohl von Seiten des Spielers als auch von Seiten des Betreuers vorrangig Faktoren der zweiten Einflussebene, das heisst die Persönlichkeit und die Vorerfahrungen für die Wahrnehmung und Bewertung von Schmerzen verantwortlich gemacht werden. Der unmittelbare *Einfluss situativer psychosozialer Bedingungen* auf das Schmerzerleben wird bis auf Ausnahmen nicht wahrgenommen («Private Sorgen spielt immer mit rein, da kommen manchmal Sachen von Familie oder Freundin oder was weiss ich»).

Weiterhin werden *Diskrepanzen* zwischen Betreuern und Spielern in der Beurteilung des Umgangs mit Beschwerden deutlich: Während Spieler glauben, dass durch Vorerfahrungen (Gewöhnung oder «ehrenhafte» Einstellungen) Schmerzen und Beschwerden eher bagatellisiert werden, glauben Betreuer, dass Vorerfahrungen zu einem besseren und verantwortungsbewussteren Umgang mit dem Körper führen.

Insgesamt wird deutlich, dass insbesondere von den Betreuern das Schmerz- und Beschwerdeverhalten sehr stark vereinfacht wahrgenommen wird. Es wird zu wenig berücksichtigt, dass *situative Faktoren* oder *individuelle und soziale Wertesysteme* die Äusserungen von Schmerzen und Beschwerden stark beeinträchtigen können. Die Folge hiervon könnten Fehlurteile von Trainern und Therapeuten hinsichtlich des Schweregrades der Verletzung und hinsichtlich der Bewertung des Spielers sein. Diese Fehlurteile können sich nicht nur auf das Training oder das therapeutische Handeln negativ auswirken, sondern auch auf die Bereitschaft, dem Spieler kognitive Hilfestellungen (Aufklärung) oder soziale Unterstützung zukommen zu lassen.

Angstverhalten

Ängste und Befürchtungen äussern sich in Abhängigkeit von der Phase der Rehabilitation unterschiedlich. Nach Diagnosestellung stehen *Befürchtungen hinsichtlich der Zukunft oder der finanziellen Existenz* im Vordergrund: «Das ist deren Job – das ist die einzige Art und Weise Geld zu verdienen. Da muss man dann auch mal überlegen, was es heisst verletzt zu sein. Im Grunde genommen bist du dann fertig mit der Welt.» Im weiteren Verlauf der Rehabilitation stehen *Befürchtungen hinsichtlich des Verlustes der sportlichen Form* oder der Position in der Mannschaft im Vordergrund. «Dann geht dir Vieles durch den Kopf. Die ganze Vorbereitung ist umsonst! Wie kommst ich wieder ins Spiel? Wo steh' ich? Verlier' ich meinen Platz?» In der Phase des sportlichen Wiedereinstiegs behindert schliesslich insbesondere die *Angst vor einer erneuten Verletzung* den Trainingsfortschritt: «…man ist eigentlich nicht 100% wieder fit, weil man immer noch an die Verletzung denkt. Das ist halt das grosse Problem. Du denkst immer: ‹Ich kann die Bewegung noch nicht machen›».

Die beschriebenen Formen von Ängsten und Befürchtungen können entweder als verbales oder nonverbales Verhalten Gegenstand von Spieler-Betreuer-Interaktionen sein. In verbalisierter Form kommen im professionellen Hallenhandball emotionale Reaktionen (insbesondere Ängste) nur selten zum Ausdruck. Am ehesten werden Verletzungsängste verbalisiert. Das offene «Zugeständnis» Angst zu haben, wird hier eher akzeptiert, da der Spieler in diesem Fall Angst als unmittelbare Ursache herabgesetzter sportlicher Leistungsfähigkeit wahrnimmt. Nonverbal erschliessen sich Ängste (Karriereangst, Existenzangst) durch die aufmerksame Beobachtung des Betreuers: Beobachtbare angstinduzierte Veränderungen sind einerseits im Bereich des Rehabilitations- oder Trainingsverhaltens zu beobachten und deuten immer auch auf eine veränderte Motivationslage hin. Andererseits können Ängste die Wahrnehmung und Bewertung der Situation verändern, was schliesslich auch zu unangemessenen Äusserungen von Schmerzen und Beschwerden führen kann. In diesem Sinne ist es notwendig, bei Verdacht auf bestehende Angstreaktionen die situative Wahrnehmung und Bewertung des Sportlers zu explorieren: Wie schätzt der Spieler die Verletzung ein? Welche Informationen hat er zu der Prognose und dem weiteren Verlauf der Verletzung? Hat er ein realistisches oder unrealistisches Bild von der aktuellen und zukünftigen Situation?

Ein angemessenes Bild von der emotionalen Verfassung des Athleten kann dem Betreuer wichtige Hinweise zur Bewertung der Verletzung und zur Bewertung des Sportlers geben. Aufgrund dieser Bewertungsprozesse kann es notwendig erscheinen, (1) dem Sportler über äussere Hilfestellung emotionale Unterstützung zu geben oder (2) unangemessene Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse über eine adäquate Aufklärung des Spielers zu korrigieren.

Therapieverhalten

Das Therapie- oder das Trainingsverhalten des Spielers im Verlauf der Rehabilitation oder im Verlauf des sportlichen Wiedereinstiegs ist mitentscheidend für den Erfolg einer Rehabilitationsmassnahme oder des Trainingsaufbaus im Anschluss an Sportverletzungen. Neben dem Engagement oder der Motivation, die der Betreuer anhand des nonverbalen Verhaltens erschliesst, spielen hier auch verbale Äusserungen eine wichtige diagnostische Rolle.

Als wichtig haben sich in den vorliegenden Interviews Äusserungen zu *individuellen Zielsetzungen* ergeben: «Eigentlich habe ich mir immer wieder ein Ziel gesetzt in der Reha…also bis dahin musst du so und so fit sein.» Hierbei spielen sowohl längerfristige Ziele eine Rolle (z.B. Aussicht auf die Teilnahme an internationalen Meisterschaften) als auch kurzfristigere Ziele: «Da waren auch immer wieder Kleinigkeiten, die einen nach oben gebracht haben. Ein kleiner Schritt nach vorne, (…), es geht doch, es geht doch. Und da bist du dann halt weiter gekommen.» Zielsetzungen sind im vorliegenden Interviewmaterial häufig mit motivierenden *Selbstgesprächen* verbunden. «Damals war ich Nationalspieler. Du hast die Olympiade vor Augen gehabt und hast deswegen gesagt: ‹Versuche es noch mal hier und noch mal da›; eben auch um weiter zu machen.»

Eng mit Zielsetzungen verbunden und ein wesentlicher Bestandteil guten Therapieverhaltens ist sowohl aus Sicht der Athleten als auch aus Sicht der Therapeuten die *Selbstverantwortung des Spielers*. Aus Sicht des Therapeuten äussert sich diese Selbstverantwortung in dem verantwortungsvollen Umgang mit dem Therapieplan: «Aufgabe des Spielers ist, dass er regelmässig an der Therapie teilnimmt, dass er…letztendlich die Termine wahrnimmt, dass er die Übungen, die man ihm sagt, konsequent durchzieht.» Aus Sicht des Spielers wird Selbstverantwortung als *Einsatzbereitschaft* und *Engagement* wahrgenommen: «Also ich

glaube, jeder Spieler hat Selbstverantwortung gegenüber seinem eigenen Körper … Daher muss er Zeit investieren, zum Physiotherapeuten gehen und einmal eine halbe Stunde länger bleiben, Massage machen, Behandlung machen.» In letzter Konsequenz muss der Spieler den Erfolg oder Misserfolg einer Rehabilitation sich selbst zuschreiben. «Da musst du letztendlich selber durch, weil dir da keiner helfen kann. Da musst du dir dann eben selber klar werden, was du machst. Ich war wirklich vom Trainingsumfang tagtäglich vier, fünf Stunden nur in der Reha beschäftigt.» «Und da muss ein verletzter Spieler eigentlich von sich aus ein bisschen mehr machen als andere.»

Das Therapieverhalten und die hiermit verbundenen verbalen Äusserungen zu Zielen und Selbstverantwortung sind aus Sicht des Therapeuten in zweifacher Hinsicht bedeutend: (1) Sie geben dem Therapeuten und auch dem Trainer *Hinweise auf die motivationale Lage* des Spielers. Da die motivationale Lage eng mit emotionalen und rationalen Prozessen verknüpft ist, geben diese Informationen indirekt auch Hinweise zur emotionalen Lage des Athleten und zu seiner kognitiven Einschätzung der Verletzungssituation. In diesem kognitiv-emotional-motivationalen Beziehungsgefüge spielen vorherige Verletzungsverläufe, das heisst die Verletzungsbiografie des Athleten, eine entscheidende Rolle. Daher sollten dem Therapeuten und Trainer derartige Informationen zur Bewertung der aktuellen motivationalen Lage unbedingt bekannt sein. (2) Therapieorientiertes verbales oder nonverbales Verhalten ist jedoch nicht allein diagnostisch, sondern auch hinsichtlich zukünftiger psychosozialer Interventionen von Bedeutung. Um Massnahmen zur Optimierung der Motivationslage zu planen (z.B. Trainings-/Therapieplanung, soziale Unterstützung), muss die motivationale Lage des Athleten möglichst genau diagnostiziert werden. Dem Therapeuten muss hierzu nicht nur die kognitive und emotionale Verfassung des Sportlers bekannt sein, sondern auch Einflussfaktoren der zweiten Ebene (Persönlichkeit, Vorerfahrung, soziales Umfeld). Schliesslich könnte mangelndes Therapieverhalten auch mit einem fehlenden Verständnis der medizinischen Situation zusammenhängen, was zu einer Intervention im Bereich der Aufklärung des Spielers führen würde.

Aufklärungsverhalten

Aufklärung findet fast ausschliesslich als verbales Verhalten statt. Bei guten Aufklärungsinteraktionen wird jedoch die Eindrücklichkeit des Gesagten durch die körperliche Demonstration unterstützt, das heisst, der Therapeut zeigt dem Athleten am eigenen Körper, was gemacht wird, gemacht wurde oder wo Veränderungen auftreten. Aufklärung bezieht sich sowohl auf die medizinisch orientierte Darstellung der Verletzung als auch auf Verhaltensempfehlungen bzw. Verhaltensverbote. Nach Ansicht der Physiotherapeuten ist Aufklärung zuallererst Sache der Ärzte: «Wir reden da auch immer sehr viel, aber im Grunde genommen ist das nicht unser Ding.»

Aus Sicht der Befragten gibt es verschiedene Bedingungen guter Aufklärung. Die erste dieser Bedingungen orientiert sich an der Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeit des Spielers, das heisst, es muss das *richtige Mass* an Aufklärung getroffen werden: Zu wenig Aufklärung führt zu Unverständnis therapeutischer Massnahmen, während ein Zuviel an Aufklärung oder missverständliche Aufklärung zu kognitiver Überforderung und emotionaler Fehlregulation führen kann: «Leichtsinnigerweise hat man ihm gesagt: ‹Ja da muss wahrscheinlich nach der Saison was dran gemacht werden.› Das hat glaube ich der Arzt zu ihm gesagt und damit war das Thema eigentlich gegessen und er hatte immer die Angst es könnte was passieren.» Derartige Ängste führen dann zumeist auch zu einer quasi «iatrogenen» Verschlimmerung der Schmerz- und Beschwerdesituation. Eine zweite wesentliche Bedingung guter Aufklärung ist aus Sicht der Spieler die *Einheitlichkeit der Aufklärung* zwischen verschiedenen Personen des medizinischen Teams: «Der eine Arzt sagt, das ist ganz schlimm, der nächste sagt, mit dieser Verletzung spielen Andere … und von daher ging es immer hin und her.» Weiterhin sind nach Aussagen der Spieler und Physiotherapeuten *Glaubhaftigkeit und Vertrauen* zwei wesentliche Bedingungen, die gute Aufklärungssituationen prägen: «Er [der Physiotherapeut] kann mir sagen, was er will, wenn ich das nicht glaub', dann interessiert mich das auch nicht.»

Das Aufklärungsverhalten hat in mehrfacher Hinsicht eine besondere Bedeutung. Wesentlich ist zuallererst, dass durch die Aufklärung des Spielers die Grundlage zu einer *adäquaten kognitiven Bewertung* geschaffen wird. Die Interviews zeigen, dass dies nur dann möglich ist, wenn die Aufklärung angemessen ist, das heisst sich an den (kognitiven) Fähigkeiten des Athleten orientiert. Dies betrifft beispielsweise häufige Sprachprobleme bei ausländischen Spielern, aber auch situative Probleme (Aufgeregtheit des Spielers, z.B. kurz nach Diagnosestellung). Versteht der Spieler infolge mangelhafter Aufklärung die medizinischen Hintergründe seiner Verletzung zu wenig oder falsch, so kann es einerseits zu *Fehlinterpretationen verletzungsbezogener Signale* kommen und hiermit einhergehend zu unangemessenen emotionalen Reaktionen bis hin zu psychogenen Beschwerden oder Schmerzen. Andererseits steht auch das Therapieverhalten mit einem ausreichenden Verständnis und Hintergrundwissen in Zusammenhang. Mangelndes medizinisches Verständnis führt in dieser Hinsicht zu *fehlender Compliance* oder zu unüberlegten und *risikoreichen Verhaltensweisen* (zu frühe, falsche oder zu hohe Belastung).

Abschliessend muss betont werden, dass die meisten Interviews darauf verweisen, dass Aufklärungsinteraktionen neben ihrer rationalen Funktion eine sehr bedeutsame *emotionale Funktion* besitzen. Die Interviews zeigen, dass gutes Aufklärungsverhalten Glaubwürdigkeit und Vertrauen vermitteln kann und dem Spieler hiermit Sicherheit geben und Angst nehmen kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass hierbei nicht allein verbales, sondern besonders auch nonverbales Verhalten (Nähe, Zuwendung) in einer Aufklärungssituation eine grosse Rolle spielt.

Soziale Unterstützung

Der Anlass für Betreuer, gezielt soziale Unterstützung zu gewähren, ist zumeist die Wahrnehmung einer psychosozialen Fehlbeanspruchung auf Seiten des Spielers. Entsprechend den vorher beschriebenen Verhaltensbereichen des Spielers können derartige Fehlbeanspruchungen sich als unangemessene Beschwerden oder Schmerzen, als Zeichen von Angst oder Erregtheit oder in Form von übertriebenem oder unzureichendem Therapieverhalten äussern. In derartigen Fällen reagieren Therapeuten zumeist mit der Suche nach einem «persönlichen Gespräch»: «Wenn ein Spieler Probleme hat spreche ich mit ihm und dann überlegen wir, was wir machen sollen.» Derartige Gespräche dienen dazu, (1) die körperliche Verfassung, das heisst die Aktivierungs- und Erregungslage des Spielers zu regulieren (beruhigen oder aufmuntern), (2) emotional-motivationale Unterstützung in Form von Einfühlungsvermögen, Geduld oder Anteilnahme zu vermitteln und (3) instrumentelle Unterstützung in Form von Tipps oder Verhaltensregeln zu geben. «Man muss das Positive, was da ist, hervorheben und dann mit ihm reden und sagen: ‹Komm du kannst das, das klappt und das geht auf jeden Fall gut›. Und auch mal fragen: ‹Wovor hast du Angst, denkst du, du verletzt dich wieder, denkst du, du bist noch nicht so fit, was denkst du, woran es hapert›. Und dann redet man eben noch mal drüber.»

Im Falle mangelnder Motivation oder Resignation versuchen Physiotherapeuten die Motivationslage der Spieler positiv zu beeinflussen. «Aber dann ist es eben auch unsere Aufgabe, die Spieler immer wieder aufzupeppen und zu sagen: ‹Hier los jetzt Leute›, und zu sehen, dass man das notwendige Übel noch ein bisschen lustig rüberbringt.» Dabei weisen sie jedoch darauf hin, dass die Beeinflussung der Motivationslage auch vom Spielertyp, das heisst von der Persönlichkeit des Spielers, abhängig ist. «Bei diesem Spieler muss man statt zwei Mal vier Mal hingehen und nachfragen und gucken und solche Leute müssen sehr sehr straff geführt werden.»

Die soziale Unterstützung des Therapeuten geht zumeist über die Belange der Verletzung hinaus und bezieht sich auch auf Probleme im sozialen Umfeld: «Wenn die auf der Bank [Behandlungsliege] liegen, da kommen manchmal Sachen von Familie

oder Freundin oder was weiss ich. Da kommen Sachen auf den Tisch, die hört sonst keiner.»

Soziale Unterstützung kommt in der Phase des sportlichen Wiedereinstiegs vor allem vom Trainer. Allein schon das Interesse des Trainers wird vom Spieler positiv erlebt: «Wenn der Trainer mal nachfragt, wie es geht und wenn er dir signalisiert, dass er dich braucht. Das ist schon eine Riesenmotivation.» «Als Trainer braucht man auch Gefühl, viel Geduld und die Fähigkeit zu warten und diese Spieler aufbauen und positiv reden, unterstützen.» Eine weitere Unterstützungsform des Trainers besteht darin, den verletzten Spieler frühzeitig in den Trainingsalltag einzubinden: «Ja, ich versuche ihm Aufgaben hier und da zu geben, er kann mir ein bisschen im Training helfen, er kann einige Übungen machen und so weiter. Ich versuche so gut wie möglich, ihn einzubinden.» Als Gegenleistung zu dieser Unterstützung erwarten die Trainer Ehrlichkeit und Einsatzbereitschaft auf Seiten des Spielers. Soziale Unterstützung von Seiten der Trainer und Therapeuten einerseits und Selbstverantwortlichkeit und Engagement auf Seiten der Sportler andererseits bilden somit eine wesentliche Form der Betreuer-Sportler-Interaktion.

Alle Beteiligten sind sich bewusst, dass die soziale Unterstützung aufgrund des äusseren Drucks von Seiten der Vereinsführung nur befristet sein kann: «Du musst ziemlich schnell wieder gesund werden. Die Unterstützung ist zwar da, aber auch nur bis zu einer gewissen Zeit.» «Also da spielt Druck schon eine grosse Rolle, weil letztendlich ist so ein Verein im eigentlichen Sinne eine Art Wirtschaftsunternehmen.» Die Belastung durch äusseren Druck kann so weit gehen, dass hierdurch sogar Grenzen verantwortungsvollen medizinischen Handelns überschritten werden: «Dann heisst es vielleicht, der Spieler muss unbedingt spielen, der muss fit werden. Es geht hier um den Verein. Dann kann es natürlich schon sein, dass der eine oder andere verletzte Spieler, wo er in einer anderen Situation nicht spielen müsste, vielleicht doch spielen muss.» «Da muss man dann auch ein bisschen abwägen, so die medizinische Seite und leider dann auch Interessen vom Verein.»

Konsequenzen für die Arbeit der Therapeuten und Trainer

Auf der Grundlage des im theoretischen Teil entwickelten Modells der Betreuer-Sportler-Interaktion nach Sportverletzungen konnten durch die vorliegende Interviewstudie wesentliche Bereiche des Interaktionsverhaltens von Sportlern einerseits und Betreuern andererseits beschrieben werden. Gleichzeitig konnten die modelltheoretischen Einflussfaktoren auf das Interaktionsverhalten zum Teil bestätigt und weiter differenziert werden. Schliesslich ergaben sich vereinzelt Hinweise auf Diskrepanzen in der Wahrnehmung der Verletzungssituation bzw. der Interaktionssituation. Für die Arbeit von Betreuern, das heisst die Arbeit von Sportärzten, Physiotherapeuten und Trainern, ergeben sich Schlussfolgerungen im Rahmen der Verhaltensdiagnose und Verhaltensintervention.

Konsequenzen für die *Verhaltensdiagnose:*

1. Verbales und nonverbales Schmerz- und Beschwerdeverhalten ist nicht allein das Ergebnis aus körperlichen Einflüssen und Persönlichkeitsfaktoren, sondern zeigt sich immer auch als Konsequenz der kognitiven und der emotionalen Bewertung der Verletzungssituation. In diesem Sinne wirken Persönlichkeit und Situation zusammen (transaktionale Sichtweise). Zur Bestimmung der körperlichen und hiermit medizinisch relevanten Anteile des Schmerzverhaltens müssen demnach sowohl die kognitiven und emotionalen Anteile des Schmerzprozesses als auch die «Schmerzpersönlichkeit» des Spielers bekannt sein. Bedingungen einer angemessenen medizinischen Schmerz- und Beschwerdediagnostik sind demnach nicht nur die Kenntnis der Sportlerpersönlichkeit, sondern auch die Diagnostik der emotionalen und kognitiven Lage des Athleten.
2. Neben der Gesprächsführung dient vor allem die aufmerksame Beobachtung des nonverbalen Verhaltens der Analyse von Ängsten, Befürchtungen oder Erregtheit. Sowohl diagnostische Situationen als auch das Therapie- oder Trainingsverhalten sollten daher mit dem Zweck der emotionalen Diagnostik beobachtet werden. Bei Verdacht auf vorliegende emotionale Störungen sollten vor allem mögliche Ursachenfaktoren überprüft werden. An erster Stelle stehen hierbei die unrealistische Bewertung der Situation oder die unrealistische Verarbeitung wahrgenommener Beschwerden oder Schmerzen. Nicht allein das «subjektive Bild» der Verletzung ist hierbei ausschlaggebend, sondern auch Erfahrungen (Biografie) und individuelle Wertemassstäbe («Ehrencodex»). Wichtig ist, dass unangemessene Vorstellungen oder Bewertungen sowohl zu einer Verstärkung (Katastrophisieren) als auch Abschwächung (Bagatellisieren) der Beschwerdesituation führen können.
3. Die Beobachtung des Therapieverhaltens gibt nicht nur Hinweise auf die emotionale und kognitive Verfassung des verletzten Sportlers, sondern kann bei Auffälligkeiten auch auf mangelnde soziale Unterstützung und zu hohen äusseren Druck hindeuten: Wenn der Athlet hemmende oder beeinträchtigende soziale und/oder materielle Umgebungsfaktoren wahrnimmt, wird sich diese Wahrnehmung mangelnder Unterstützung auf die emotional-kognitive Lage des Athleten auswirken. Je nachdem, ob die Wahrnehmung des Athleten die Realität angemessen abbildet oder nicht, kann eine Konsequenz entweder eine Veränderung der Wahrnehmung des Athleten oder eine Veränderung der tatsächlichen Umgebungsfaktoren sein (z.B. weniger Druck, mehr soziale Unterstützung).

Konsequenzen für die *Verhaltensintervention:*

1. Der Sportarzt, der Physiotherapeut oder der Trainer löst in jeder Interaktion mit dem verletzten Sportler durch sein Verhalten Änderungen von kognitiven, emotionalen oder motivationalen Zuständen aus. Zumeist geschieht dies unbewusst. Werden Verhaltensweisen hingegen bewusst und gezielt zur Veränderung der genannten Zuständen eingesetzt, können wir von Verhaltensinterventionen im Rahmen der Betreuer-Sportler-Interaktion sprechen.
2. Verhaltensinterventionen können am ehesten im Rahmen alltäglicher Therapie- bzw. Trainingsgespräche oder alltäglicher Therapie- bzw. Trainingshandlungen umgesetzt werden. Im Rahmen von Gesprächen sind vorrangige Zielstellungen der Verhaltensintervention die positive Beeinflussung der Vorstellungen (kognitive Bewertung) und Gefühlslage (emotionale Reaktion) des Sportlers. In diesem Sinne geht es im Rahmen von Gesprächen nicht nur um den Gesprächsinhalt, sondern um eine Atmosphäre des Vertrauens und der Glaubhaftigkeit, die zu einer Verringerung von Angst und anderen negativ konnotierten Emotionen führt. Im Rahmen von Therapie- oder Trainingshandlungen zielen Verhaltensinterventionen vor allem auf die soziale Einbindung und die Integration des verletzten Athleten ab.

Die hier kurz beschriebenen Möglichkeiten psychosozial orientierter Verhaltensdiagnostik und Verhaltensintervention sind nicht als eigenständige Massnahmen und Ergänzung medizinisch ausgerichteter Diagnostik und Therapie zu verstehen. Vielmehr können derartige Aufgaben von Therapeuten und Trainern nur dann übernommen werden, wenn sie im vorhandenen Rahmen ihrer alltäglichen Arbeit erfüllt werden können. In diesem Sinne benötigt die Verhaltensdiagnostik und Verhaltensintervention im Rahmen der Betreuer-Sportler-Interaktion kein zusätzliches Zeitbudget, sondern lediglich die Bewusstheit, Aufmerksamkeit und Bereitschaft des Therapeuten und Trainers.

Anmerkung: Das der Studie zugrunde liegende Projekt wurde vom Bundesinstitut für Sportwissenschaft gefördert (VF 0407/10/02/99–2000).

Korrespondenzadresse:

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

Literaturverzeichnis

Bianco T., Malo S., Orlick T.: Sport injury and illness: elite skiers describe their experience. Research Quarterly for Exercise & Sport, 1999; 70: 157–169.

Bickert A.: Verletzungsbezogene Emotionen und Kognitionen. Eine Interviewstudie bei Sportlern und Sportlerinnen. Unveröff. Dipl.-Arbeit, Deutsche Sporthochschule Köln, Psychologisches Institut, 1999.

Brewer B.W.: Adherence to sport injury rehabilitation programs. Journal of Applied Sport Psychology, 1998; 10: 70–82.

Brewer B.W., Linder D.E., Phelps C.M.: Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. Journal of Applied Sport Psychology, 1995; 5: 241–245.

Brewer B.W., Petitpas A.J., Van Raalte J.L., Sklar J.H., Ditmar T.D.: Prevalence of psychological distress among patients at a physical therapy clinic specialising in sports medicine. Sports Medicine, Training and Rehabilitation, 1995; 6: 139–145.

Brown M.L.: Athlete, athletic trainer and coach perceptions of athletic injury cause and prevention (Unpublished master thesis), 1995. Minneapolis: University of Minnesota (zit. n. Wiese-Bjornstal, 1998).

Connelly S.L.: Injury and self-esteem: A test of sonstroem and morgan's model (unpubl. master thesis). Brookings: South Dakota State University, 1991.

Crossman J., Jamieson J., Hume K.M.: Perception of athletic injuries by athletes, coaches, and medical professionals. Perceptual and Motor Skills, 1990; 71: 848–850.

Evans L., Hardy L.: Sport injury and grief responses: A review. Journal of Sport & Exercise Psychology, 1995; 17: 227–245.

Ford I.W., Gordon S.: Perspectives of sport trainers and athletic therapists on the psychological content of their practice and training. Journal of Sport Rehabilitation, 1998; 7: 79–94.

Forgas J.P.: Soziale Interaktion und Kommunikation. Eine Einführung in die Sozialpsychologie. Weinheim: PVU, 1995.

Gordon S.: Sport psychology and the injured athlete: A cognitive-behavioral approach to injury response and injury rehabilitation. Sport Science Periodical on Research and Technology in Sport, 1986; March: 1–10.

Gordon S., Potter M., Ford I.W.: Toward a psychoeducational curriculum for training sport-injury rehabilitation personnel. Journal of applied sport psychology, 1998; 10: 140–156.

Ievleva L., Orlick T.: Mental links to enhanced healing: an exploratory study. The Sport Psychologist, 1991; 5: 25–40.

Kahanov L., Fairchild P.C.: Discrepancies in perceptions held by injured athletes and athletic trainers during the initial injury evaluation. Journal of Athletic Training, 1994; 29: 70–75.

Kleinert J., Bickert A.: Beanspruchungs- und Bewältigungsverläufe nach Sportverletzungen – eine Interviewstudie. In: Janssen J.P. (Hrsg.), Leistung und Gesundheit – Themen der Zukunft (S. 106–111). Köln: bps, 2000.

Kübler-Ross E.: On death and dying. London: Macmillan, 1969.

LaMott E.E.: The anterior cruciate ligament injured athlete: The psychological process (Doctoral thesis). Minnesota: University of Minnesota, 1994.

Lazarus R.S., Launier R.: Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch J.R. (Hrsg.), Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen (S. 213–259). Bern: Huber, 1981.

Mayring P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken (3., überarb. Aufl.). Weinheim: PVU, 1996.

McDonald S.A., Hardy C.J.: Affective response patterns of injured athlete: An exploratory analysis. The Sport Psychologist, 1990; 4: 261–274.

Morrey M.A., Stuart M.J., Smith A.M., Wiese-Bjornstal D.M.: A longitudinal examination of athletes' emotional and cognitive responses to anterior cruciate ligament injury. Clinical Journal of Sport Medicine, 1999; 9: 63–69.

Pederson P.: The grief response and injury: A special challenge for athletes and athletic trainers. Athletic Training, 1986; 21: 1–10.

Quinn A.M., Fallon B.J.: The changes in psychological characteristics and reactions of elite athletes from injury onset until full recovery. Journal of Applied Sport Psychology, 1999; 11(2): 210–229.

Schulz von Thun F.: Miteinander reden. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Reinbek: Rowohlt, 1997.

Shaffer S.M.: Attributions and self-efficacy as predictors of rehabilitative success (Unpublished masters thesis). Champaign-Urbana: University of Illinois, 1991.

Smith A.M., Scott S.G., Fallon W.M., Young M.L.: The emotional responses of athletes to injury. Mayo Clinics Proceedings, 1990; 65: 38–50.

Wiese D.M., Weiss M.R.: Psychological rehabilitation and physical injury: implications for the sportsmedicine team. The Sport Psychologist, 1987; 1: 318–330.

Wiese-Bjornstal 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.

Witzel A.: Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus, 1982.