
Psychosoziale Interventionen nach Sportverletzungen: Praxisorientierte Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs im Hallenhandball

J. Kleinert (Projektleiter), M. Liesenfeld, H. Allmer

Deutsche Sporthochschule Köln
Psychologisches Institut

1 Problemstellung

Im Hallenhandball entfallen für jeden Spieler auf 100 Handballstunden 0,8 Verletzungen (JÖRGENSEN 1996). Betrachtet man den Bereich des professionellen Handballsports ergibt sich hieraus eine Verletzungsfrequenz von vier und mehr Verletzungen im Jahr. Zumeist sind dies Bagatelltraumen oder kleinere Verletzungen, die jedoch bei unzureichenden Heilungsprozessen zu schwereren Verletzungen führen können. Studien in den letzten zwei Jahrzehnten haben verdeutlicht, dass die Güte des Heilungsprozesses nach Sportverletzungen von psychosozialen Faktoren abhängig ist (vgl. SMITH/SCOTT/FALLON/YOUNG 1990; McDONALD/HARDY 1990; WIESE/WEISS 1987). Demnach besitzen psychosoziale Interventionen nach Sportverletzungen eine für die Genesung mitentscheidende Rolle (CUPAL 1998). Insgesamt ist jedoch wenig über die Realisierungsbedingungen psychosozialer Interventionen bekannt. Daher setzt sich die vorliegende Interviewstudie zum Ziel, aus Sicht von Spielern, Trainern und Therapeuten Ansatzstellen und Bedingungen für psychosoziale Interventionen im professionellen Hallenhandball darzustellen und hieraus Empfehlungen für einen Maßnahmenkatalog abzuleiten. Vorgespräche mit Experten (ehemalige Bundesligatrainer und erfahrene Physiotherapeuten) zeigten, dass „psychologische Betreuung“ im Verletzungsfall überwiegend im Rahmen von Gesprächen stattfindet. Gesprächs- oder allgemeiner Interaktionssituationen bieten demnach einen wichtigen methodischen Zugangsweg für das Erkunden psychologischer Interventionsmöglichkeiten.

2 Methode

Aufgrund der wenigen Vorbefunde wurde ein qualitatives mehrschrittiges Vorgehen gewählt. Vorgespräche und Literaturstudien führten zu einem vorläufigen Interviewleitfaden, der innerhalb einer ersten Interviewphase (n=6) überprüft wurde. Die Auswertung der Interviews führte zu einem endgültigen Leitfaden, der in der Interviewhauptphase (n=11) angewendet und überprüft wurde. Alle Interviews wurden vollständig transkribiert und inhaltsanalytisch ausgewertet: Nach Zuordnung von Paraphrasen zu den vorgegebenen Kategorien wurden die Paraphrasen in einem zweiten Schritt generalisiert. Ein intra- und

interindividueller Vergleich der Generalisierungen ergab schließlich neue Inhaltsstrukturen und neue Categoriesysteme.

3 Erste Interviewphase

3.1 Entwicklung des vorläufigen Interviewleitfadens

In Anlehnung an die stresstheoretische Konzeption von LAZARUS/LAUNIER (1981), in der (a) die Bewertung der Situation und (b) die Bewertung der Bewältigungsmaßnahmen unterschieden wird, unterteilt sich der vorläufige Leitfaden in zwei Hauptbereiche: (a) Situationsanalyse und (b) Interaktionsanalyse. Bei der Situationsanalyse werden sowohl personinterne Informationen (Verletzung, Beschwerden) als auch personexterne Informationen (medizinische Diagnose, Prognose) berücksichtigt (vgl. HERMANN/EBERSPÄCHER 1994). Auch situationsbezogene persönliche Erwartungen, Ziele und Pläne spielen in den Interviews entsprechend bestehender theoretischer Konzepte eine wichtige Rolle (vgl. WIESE-BJÖRNSTAL et al. 1998). In der Interaktionsanalyse werden vor allem interne Unterstützungsfaktoren (Optimismus, Vertrauen, Selbstwirksamkeitserwartung) und externe Unterstützungsfaktoren (Umfeld, medizinische Betreuung) thematisiert. Hierbei ist sowohl die Art der Unterstützung (emotionale, instrumentelle und informative Unterstützung) als auch die Qualität und die Tiefe der Unterstützung von Bedeutung (vgl. HARDY/CRACE 1993).

3.2 Durchführung und Ergebnisse der ersten Interviewphase

In der ersten Interviewphase wurden je zwei Spieler, Trainer und Physiotherapeuten aus der 1. Handballbundesliga der Männer interviewt. Die Gesprächsdauer lag zwischen 25 und 40 Minuten. Der Wortumfang variierte zwischen 3033 und 6366 Wörtern pro Interview ($M=4500$). Die Auswertung der Interviews führte zu einer neuen Inhaltsstruktur mit fünf Kategorien: (1) Aufklärung durch Trainer und/oder Physiotherapeut, (2) Beschwerdeäußerungen, (3) Angst, Erregtheit, (4) Mitarbeit, Kontakt, Selbstsicherheit und (5) soziale Unterstützung, positiver Druck. Die fünf Kategorien beschreiben typische Inhalte von Interaktionen von Spielern mit dem Trainer und/oder Therapeuten. Hinter diesen Interaktionsinhalten stehen auf der Spielerebene die Bewertung der eigenen Verfassung und Situation und die sich hieraus ergebende Beanspruchungs- sowie Motivationslage. Auf der Trainer-/Therapeutenebene ist die Interaktion vor allem durch die professionelle und naive Theorie über den Spieler und seine Verletzung geprägt. Abbildung 1 fasst die wesentlichen Gesichtspunkte der Interaktion zwischen dem verletzten Spieler und dem Trainer sowie dem Therapeuten zusammen.

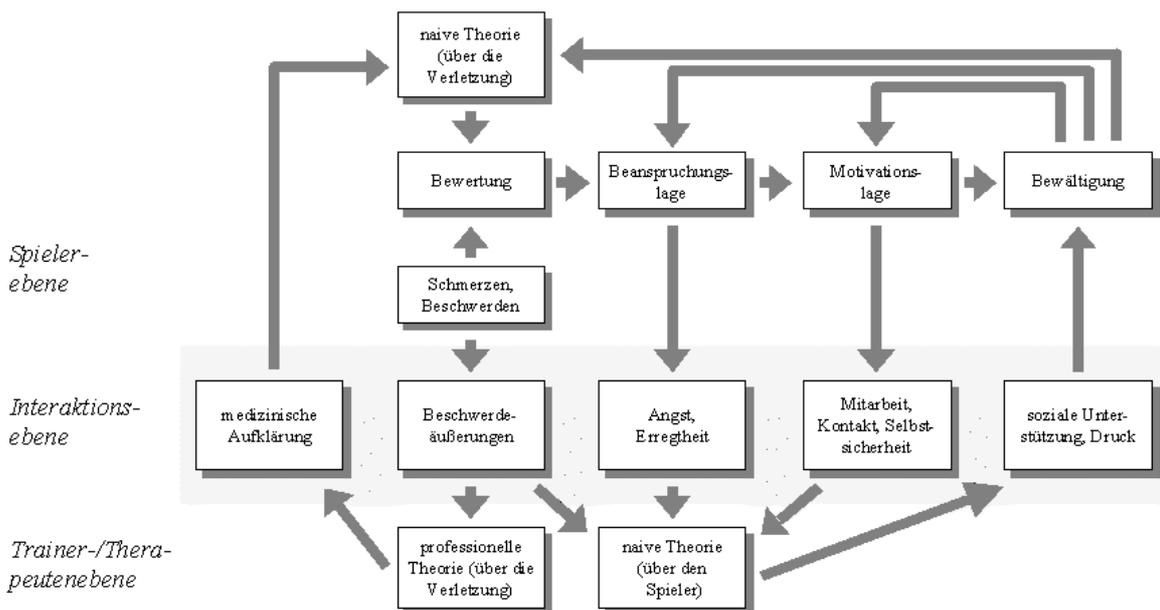


Abb. 1: Interaktionsprozesse zwischen Spielern und Trainern/Therapeuten nach Sportverletzungen

4 Interviewhauptphase

4.1 Durchführung

Die Ergebnisse der ersten Interviewphase führten zum Interviewleitfaden der Hauptphase. Der Modellgrundlage folgend (Spielerebene vs. Trainer-/Therapeutebene) wurde der Leitfaden für Spieler und Trainer/Therapeuten unterschiedlich konstruiert. Es wurden vier Spieler, drei Physiotherapeuten und vier Trainer aus der 1. Handballbundesliga interviewt. Die Dauer der Interviews betrug zwischen 30 und 100 Minuten. Der Wortumfang der Einzelgespräche lag zwischen 1921 und 7640 Wörtern (M=3817). In einem Fall wurde ein Gruppengespräch (zwei Teilnehmer plus Interviewer) geführt (10179 Wörter). Je nach organisatorischen Bedingungen fanden die Gespräche in Privaträumen, in öffentlichen Räumen oder in der Trainingshalle der Mannschaft statt. Die Auswertung der Daten (Inhaltsanalyse) wurde analog zur ersten Interviewphase durchgeführt.

4.2 Ergebnisse

Im folgenden werden entscheidende Ergebnisse im Rahmen der fünf Interaktionsbereiche beschrieben. Für die Aufklärung ist der Informationsaustausch und die Einigung im Betreuungsteam besonders wichtig. Uneinigkeit behindert Heilungsprozesse: „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“. Problematisch erscheint auch die richtige „Aufklärungstiefe“: Zu wenig Aufklärung kann die Compliance mindern, zuviel kann Ängste schüren. Die Aufklärungssituation sollte von Vertrauen, Glaubhaftigkeit und Realismus geprägt sein. Schmerzen und Beschwerden werden durch Trainer und Therapeuten vorwiegend unter Zuhilfenahme des naiven Konzepts über die Spielerpersönlichkeit eingeschätzt. „Es gibt ja wirklich sehr sensible Spieler, die sofort sagen ‚Aua, tut alles weh‘ und ‚geht nicht mehr‘ und dann gibt es welche, die, entweder überspielen sie es oder deren Schmerzgrenze ist tiefer.“ Die Gefahr dieser Vorgehensweise besteht darin, dass sich fälschlicherweise ein Ideal oder ein Ehrencodex entwickelt, wonach trotz Schmerzen und Beschwerden gespielt wird. „Wir haben jetzt in der Mannschaft auch Leute ... die fühlen keinen Schmerz und das ist eigentlich auch gut für Profisportler. Aber mit solchen Leuten muss man aufpassen ... und fragen und nicht übertreiben natürlich.“ Von Seiten der Physiotherapeuten wird Erfahrung im Umgang mit Spielern als der entscheidende Faktor für die Einschätzung von Schmerz- und Beschwerdeäußerungen gesehen. Von Seiten der Spieler scheint der realitätsgerechte und verantwortungsvolle Umgang mit den eigenen Beschwerden und dem eigenen Körper besonders wichtig zu sei. Ängste und Befürchtungen können in verschiedener Ausprägungen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten die Rehabilitation behindern. Anfangs – insbesondere bei schweren Verletzungen – können Existenzängste (verbunden mit der Angst, den Platz in der Mannschaft zu verlieren) psychische Krisen auslösen und die Heilung behindern. Bei der Aufnahme des Trainings und des Spielens haben Verletzungsängste einen leistungsbeeinträchtigende Funktion. Die Motivationslage und somit die Mitarbeitsbereitschaft ist stark davon abhängig, inwiefern Spieler, Therapeuten und Trainer gemeinsam Ziele, Pläne und Umsetzungsbedingungen (z.B. physikalische Therapie, Zusatztraining) für den Rehabilitationsprozess festlegen. Hierbei sind die Eigenverantwortlichkeit des Spielers ebenso von Bedeutung wie die Unterstützung durch das Mannschaftsgefüge. Sowohl Trainer als auch Therapeuten betonen die wichtige Rolle der Gesprächsführung im Rahmen der Unterstützung des Spielers. Daneben sind die Integration in das Mannschaftsgefüge, Rücksichtnahme und die gezielte Vermittlung von Erfolgserlebnissen wichtige Instrumente, um dem Spieler den inneren und äußeren Druck der Situation zu nehmen.

5 Ausblick

Die Ergebnisdarstellung differenziert wesentliche Inhaltsaspekte von Interaktionssituationen zwischen Spielern und dem Trainer sowie dem (Physio-)Therapeuten. Sowohl die Aufklärung des Spielers, die Wahrnehmung und Bewertung von Beschwerdeäußerungen und Befürchtungen als auch die Einschätzung der Mitarbeitsbereitschaft und die Unterstützung des Spielers hinsichtlich seiner Motivationslage und Bewältigungskompetenz sind

entscheidende Bestandteile psychosozialer Maßnahmen nach Verletzungen. Die Ergebnisse bieten zudem ein Ordnungsraster für einen differenzierten Maßnahmenkatalog, der sich aus den Interviews ableiten lässt. Neben Techniken der Gesprächsführung ergibt sich aus den Interviews auch die Notwendigkeit von praxisorientierten Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung und Spannungsregulation. Derartige Übungen müssen in die physiotherapeutische Behandlungssituation und den Trainingsalltag des verletzten Spielers integriert werden. Ein psychosozial ausgerichteter Maßnahmenkatalog sollte im besten Falle in die Ausbildung von (Sport-)Physiotherapeuten, Sportmedizinern und Trainern eingebettet werden, um die Akzeptanz psychosozialer Ansätze zu verbessern und ihre Bedeutsamkeit und Effektivität aufzuzeigen.

6 Literatur

- CUPAL, D.D.: Psychological interventions in sports injury prevention and rehabilitation. *Journal of Applied Sport Psychology* 10 (1998) 1, 103-123
- HARDY, C.J.; CRACE, R.K.: The dimensions of social support when dealing with sport injuries. In: PARGMAN, D. (Ed.): Psychological bases of sport injuries. Morgantown 1993, 121-144
- HERMANN, H.D.; EBERSPÄCHER, H.: Psychologisches Aufbautraining nach Sportverletzungen. München 1994
- JÖRGENSEN, U.: Epidemiology of injuries in handball. In: International Handball Federation (Ed.): Sports Medicine and Handball. Basel 1996, 11-17
- LAZARUS, R.S.; LAUNIER, R.: Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: NITSCH, J.R. (Hrsg.): Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern 1981, 213-259
- McDONALD, S.A.; HARDY, C.J.: Affective response patterns of injured athlete: An exploratory analysis. *The Sport Psychologist* (1990) 4, 261-274
- SMITH, A.M.; SCOTT, S.G.; FALLON, W.M.; YOUNG, M.L.: The emotional responses of athletes to injury. *Mayo Clinics Proceedings* 65 (1990), 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-BJÖRNSTAL, D.M.; AYNLEY, M.S.; SHAFFER, S.M.; MORREY, M.A.: An Integrated Model of Response to Sport Injury: Psychological and Sociological Dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology* 10 (1998) 1, 46-69