ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ —
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ
А.И.БУРНАЗЯНА»

На правах рукописи

Разумец Елена Игоревна

Психологическая диагностика и коррекция в процессе восстановления спортсменов высокого класса после травм опорно-двигательной системы

14.03.11 - Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
Член-корреспондент РАН,
доктор медицинских наук, профессор
Самойлов Александр Сергеевич

Москва - 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

ОГЛАВЛЕНИЕ……2
ВВЕДЕНИЕ 5
ГЛАВА 1 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) 17
1.1 Спорт высших достижений как экстремальная деятельность 17
1.2 Стресс в спорте высших достижений 20
1.2.1 Понятие и стадии протекания стресса 21
1.2.2 Виды стресса в спорте 23
1.3 Спортивная травма. Понятие и классификация 29
1.4 Психологическое реагирование на спортивную травму 33
1.4.1 История развития представлений о психологическом реагировании на спортивную травму 34
1.4.2 Интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму 38
1.4.3 Биопсихосоциальная модель психологического реагирования на спортивную травму 43
1.5 Заключение 46
ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 48
2.1 Общая характеристика обследованного контингента, дизайн и этапы исследования 48
2.3 Методы и методики психодиагностики 55
2.4 Методы психокоррекции 59
2.5 Методы математической статистики 67
ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 68
3.1 Ретроспективный анализ психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся в спорт высших достижений 68
3.1.1 Введение 68

3.1.2 Процедура исследования 69
3.1.3 Результаты и обсуждения 70
3.2 Оценка психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы, находящихся на стационарном лечении .. 79
3.2.1 Введение 79
3.2.2 Анализ данных медико-психологического интервью 79
3.2.3 Результаты психодиагностики 87
3.3 Разработка и оценка эффективности применения программы психокоррекции для оптимизации психологического состояния спортсменов на этапе стационарного лечения 97
3.3.1 Введение 97
3.3.2 Оценка психологического состояния спортсменов в начале исследования 98
3.3.3 Динамика характеристик когнитивной сферы личности спортсмена после психокоррекции 103
3.3.4 Динамика характеристик эмоционально-волевой сферы личности спортсмена 107
3.3.5 Динамика поведенческих характеристик личности спортсмена 111
3.3.6 Клинический пример 115
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 118
ВЫВОДЫ 121
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 123
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ 125
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 126
ПРИЛОЖЕНИЕ 142
Приложение 1 Частотные распределения значений в общей выборке 142
Приложение 2 Протоколы 1-й и 2–й сессий 146
Приложение 3 Вопросы для структурированного интервью 147
Приложение 4 Заключение о психологическом состоянии пациента 148
Приложение 5 Бланк опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» . 149

Приложение 6 Бланк опросника «Уровень субъективного контроля» 152
Приложение 7 Бланк опросника «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» 154
Приложение 8 Бланк опросника «Тип отношения к болезни»..... 158
Приложение 9 Алгоритм принятия решения о проведении психокоррекции 159

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Проблема травматизма в современном спорте стоит особенно остро, поскольку требования, предъявляемые к спортсмену на тренировках и соревнованиях, постоянно возрастают, увеличиваются физические и психологические нагрузки. В таких условиях повышается опасность развития состояния перетренированности, что может стать причиной получения травмы (С.Е. Павлов, А.Н. Разумов, Т.Н. Павлова, 2018).

Несмотря на то, что в большей степени травматизму подвержены спортсмены-любители, травмы, полученные высококвалифицированными спортсменами, зачастую являются более сложными и имеют более тяжелые последствия. Травмированный спортсмен сталкивается с резким выпадением из тренировочного и соревновательного процесса, и вопрос скорейшего восстановления оптимального функционального состояния для возвращения в спорт для него является ключевым, тогда как для любителя главное - восстановить бытовые и профессиональные функции (Макарова Г.А., Локтев С.А., 2012).

Ситуация получения травмы спортсменом является крайне значимой с психологической точки зрения для дальнейшей реабилитации. Во многом успешность восстановления зависит от того, на каком этапе спортивной карьеры получена травма, имел ли спортсмен травматический и реабилитационный опыт ранее, а также условия получения повреждения (Бакуняева Д.С., 2017). Однако, вне зависимости от этих факторов, спортсмен понимает, что произошедшая с ним ситуация внесет изменения в привычный жизненный уклад как минимум на ближайшее время. Возможно, впервые за всю свою профессиональную деятельность он может столкнуться с осознанием конечности карьеры.

Помимо ситуации получения травмы, можно выделить ряд факторов, влияющих на процесс восстановления спортсмена после травмы. Эти факторы можно условно разделить на две группы: индивидуально-типологические

особенности личности, включающие мотивационную, ценностно-ориентационную сферы, темперамент, характер; социально-психологические факторы – особенности взаимодействия спортсмена с его профессиональным и бытовым социальным окружением (Wiese-Bjornstaletal D., 2011).

Знание спортивным психологом этих аспектов личности спортсмена на как можно более раннем этапе реабилитации поможет оценить и, при необходимости, скорректировать процесс психологической адаптации к новым условиям жизни после травмы, интегрировать его в общий процесс восстановления, тем самым повысив эффективность реабилитационно-восстановительных мероприятий. Также данные о психологических особенностях переживаний спортсменом травмы могут помочь установлению конструктивных отношений с медицинским персоналом, задействованным в реабилитационном процессе. Это обуславливает актуальность изучения данного вопроса с целью предупреждения спортивного травматизма и повышения результативности российских спортсменов при максимально возможном сохранении здоровья. Кроме того, специалисты различных направлений, имеющие непосредственное отношение к процессу реабилитации в спорте, отмечают высокую значимость психологической составляющей возвращения спортсмена в большой спорт (Макарова Г.А., Локтев С.А., 2012).

Степень разработанности темы исследования

Активное изучение психологического аспекта спортивного травматизма началось в 80-е годы XX века за рубежом. В литературе того периода представлены два основных направления исследований данного вопроса – претравматические концепции, имеющие в основе факторы, предшествующие получению травмы, как определяющие дальнейшие переживания спортсмена (Andersen M.B., Williams J.M., 1988)., и посттравматические модели, изучающие непосредственные реакции спортсмена на факт получения травмы, а также на процесс восстановление после нее (Wiese-Bjornstal D., Smith A., LaMott E., 1995). В дальнейшем, в конце 90-х годов исследователи пришли к выводу, что наиболее полно психологический аспект спортивного травматизма может быть изучен только при условии

комплексной оценки предпосылок получения травмы и следующих за этим событием реакций и переживаний. В результате была разработана интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму, ставшая классической и используемая зарубежными исследователями и практическими психологами в настоящее время (Wiese-Bjornstal D., Smith, A., Shaffer S., Morrey M. A., 1998).

В отечественных исследованиях процесс реабилитации хорошо изучен с точки зрения функционального восстановления поврежденной части опорно-двигательной системы (С.Е. Павлов, А.Н. Разумов, А.С. Павлов, 2017; А.С. Самойлов, 2015). Также широко изучен вопрос психологического стресса в спорте, представлены и описаны его типы, факторы и предпосылки возникновения (Родионов А.В., 1987; Горская Г.Б., 2014). В аспектах влияния спортивного стресса на повышение уровня травматизма, а также психологических переживаний на ранних этапах восстановления российских спортсменов, литературных источников обнаружено крайне мало. Имеющиеся исследования направлены, в первую очередь, на изучение травмы как жизненного события, ее места в структуре субъективной картины жизненного пути (Леонов С.В., 2012; Бочавер К.А., Довжик Л.М., 2018; Бакуняева Д.С., 2017). Научных работ, посвященных психологической коррекции на ранних этапах реабилитации после травмы российских спортсменов высокого класса обнаружено не было. Вместе с тем, весьма значимым с точки зрения психологического восстановления является социокультурный аспект, особенности менталитета спортсменов, среды, в которой они проходили профессиональное становление (Wise-Bjornstal D., 2010), в связи с чем применение зарубежного опыта в работе с отечественными спортсменами требует значительной адаптации.

Цель исследования. Разработка и научное обоснование программы комплексной диагностики и коррекции психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы.

Задачи исследования:

1. Изучить динамику психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся в спорт высших достижений, с целью выявления сохранившихся признаков невротизации.

2. Провести диагностику и оценить психологическое состояние спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы, находящихся на стационарном лечении.

3. Оценить эффективность применения программы психокоррекции, основанной на методах когнитивного подхода, для оптимизации психологического состояния спортсменов на этапе стационарного лечения.

Научная новизна исследования

Впервые получены и проанализированы данные о динамике психологического состояния, степени невротизации спортсменов сборных команд Российской Федерации, имевших травму в анамнезе и успешно вернувшихся на прежний уровень спортивного мастерства.

Впервые получена и проанализирована информация об особенностях психологического состояния спортсменов, находящихся на стационарном лечении после травмы опорно-двигательной системы, в зависимости от их субъективного отношения к травме. Применена комплексная диагностика психологического состояния спортсменов, перенесших травму опорно-двигательной системы, на различных этапах реабилитационно-восстановительного лечения (в раннем послеоперационном периоде, на этапе завершения стационарного лечения), а именно изучение когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов психики.

Впервые установлены связи между типом субъективного отношения спортсмена к травме и его психологическим состоянием. Получены данные о различиях в поведенческой сфере, в частности копинг-стратегиях и локусе контроля, у травмированных спортсменов в зависимости от типа отношения к травме.

Впервые применена программа коррекции психологического состояния спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации, находящихся на раннем этапе реабилитационно-восстановительного лечения в стационаре. Получены данные об эффективности психокоррекции, основанной на методах когнитивного психотерапевтического подхода, для оптимизации психологического состояния спортсменов.

Теоретическая и практическая значимость работы

Теоретическая значимость исследования заключается в расширении понимания процесса психологического восстановления спортсмена после травмы, в части психологических переживаний на этапе стационарного лечения, когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты реагирования спортсмена на травматический случай в контексте типа отношения к болезни, формирующегося на основе индивидуально-типологических, социально-психологических, а также ситуативных факторов.

В результате исследования определено отсроченное влияние травматического эпизода на уровень невротизации спортсменов, установлена взаимосвязь между типом субъективного отношения спортсмена к травме и его психологическим состоянием, эмоциональным и поведенческим реагированием на стресс, вызванный травмой.

Выявлено, что спортсмены с типами отношения к болезни, свидетельствующими о наличии психологической и социальной дезадаптации («дезадаптивные»), демонстрируют признаки невротических состояний – тревогу, невротическую депрессию, обсессивно-фобические нарушения и др. Спортсмены, имеющие «адаптивные» типы отношения без склонности к преувеличению тяжести своего состояния, но и без недооценки травмы, демонстрируют отсутствие признаков невротических состояний. В поведенческом аспекте в стрессовой ситуации такие спортсмены пользуются стратегиями поведения, ориентированными на решение проблемы.

Получены данные об эффективности коррекции психологического состояния травмированного спортсмена высокого класса на ранних этапах реабилитационно-

восстановительного лечения, в частности, применения когнитивного подхода к психокоррекции.

Разработанная программа комплексной диагностики психологического состояния спортсменов, перенёсших травму опорно-двигательной системы, позволяет получить данные о психологическом состоянии спортсмена на ранних этапах реабилитационно-восстановительного лечения. Имея оперативно полученную информацию об уровне невротизации, типе отношения спортсмена к травме, применяемых копинг-стратегиях поведения, а также уровне субъективного контроля спортсмена, психолог имеет возможность применить программу психокоррекции и оптимизировать процесс психологической адаптации, чем повысить эффективность психологического восстановления спортсмена после травмы опорно-двигательной системы.

Полученные результаты дают возможность применения мультидисциплинарного подхода к реабилитации и возвращению спортсмена на прежний уровень спортивного мастерства за счет включения медико-психологического сопровождения в программу реабилитационно-восстановительного лечения спортсмена высокого класса в рамках медико-биологического обеспечения спорта высших достижений.

Методология и методы исследования

Методологической основой диссертационного исследования послужили концепции развития личности и деятельности ведущих отечественных психологов и педагогов (Выготский Л.С., 1930; Мясищев В.Н., 1966; Гальперин П.Я., 1966; Леонтьев А.Н., 1975; Лурия А.Р., 1973; Ломов Б.Ф., 1996), а также специалистов различных направлений науки, заложивших и развивающих фундаментальные принципы спортивной психологии, физиологии, медицины, реабилитации (Пуни А.Ц., 1959; Рудик П.А., 1973; Родионов А.В., 1987; Горская Г.Б., 2013; Макарова Г.А., 2003). Также за методологическую основу изучения психологических переживаний травмированного спортсмена взята «Интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму и восстановительный процесс» (Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M., & Morrey, M. A., 1998).

Ее структурные компоненты в полной мере отражают внутриличностные взаимосвязи, формирующиеся у спортсмена в процессе переживания травматического события. Такой подход наиболее точно отвечает поставленным задачам исследования, помогая выявить и структурировать диагностические и коррекционные мишени, что позволяет эффективно способствовать оптимизации психологического состояния спортсмена.

Объектом исследования явилось психологическое состояние спортсменов высокого класса на различных этапах восстановления после травм опорно-двигательной системы. Предметом исследования послужило выявление, изучение и коррекция особенностей психологического переживания спортсменом травмы опорно-двигательной системы.

В ходе работы использованы следующие методы:

1. Ретроспективный анализ результатов психологической диагностики спортсменов до и после травмы в рамках углубленных медицинских осмотров (УМО);
2. Анализ медицинской документации;
3. Психометрические методики (метод структурированного интервью, психологическая беседа, опросники, ВАШ);
4. Психокоррекционные методики, основанные на принципах когнитивного психотерапевтического подхода.

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 21 © SPSS Inc., а также программа STATISTICA © StatSoft Russia. Использовались следующие функции: дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и других параметров описательной статистики; сопоставление эмпирического распределения данных с нормальным распределением с помощью критерия Колмогорова-Смирнова; анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для независимых выборок с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента; анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для связанных

выборок с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента с использованием модуля IBM SPSS Bootstrapping, с целью снижения влияние выбросов и аномальных наблюдений, имеющихся в данных, которые в противном случае могут существенно искажать получаемых результаты.

Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Спортсмены высокого класса, перенесшие травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшиеся на прежний уровень спортивного мастерства, имеют особенности психологического состояния, отличающие их от спортсменов, не имеющих в анамнезе травм.

2. Существует зависимость между психологическим состоянием спортсмена, находящегося на этапе стационарного лечения после травмы опорно-двигательной системы, и его субъективным отношением к травме. Спортсмены, характеризующиеся адекватной оценкой своего состояния, высокой приверженностью к лечению, стремлением преодолеть заболевание, вернуться к привычному образу жизни, демонстрируют отсутствие проявлений невротических состояний, имеют более выраженный интернальный локус контроля, а также в большей степени ориентированы на решение проблем в стрессовой ситуации, нежели на их избегание.

3. Применение программы коррекции психологического состояния спортсменов высокого класса, находящихся на этапе стационарного лечения после травмы опорно-двигательной системы, позволило получить достоверные улучшения в виде снижения уровня проявления невротических состояний, повышения интернальности локуса контроля.

Степень достоверности результатов исследования

Высокая степень достоверности полученных результатов подтверждена достаточным объемом материала, использованием актуальных методов исследования и методологических подходов, адекватным подбором критериев для статистической обработки результатов исследования. Достоверность изложенных

в диссертационном исследовании положений, выводов и рекомендаций базируется на всестороннем анализе выполненных ранее научно-исследовательских работ по теме исследования, применением методов, полностью отвечающих надлежащим требованиям к психологическому инструментарию. Поставленные задачи решены автором в полном объеме, о чем свидетельствуют полученные в процессе исследования результаты.

Апробация результатов исследования

Основные положения диссертации обсуждены в рамках следующих докладов на конференциях: «Indicators of psychological adaptation in elite sports» - 23rd Annual Congress of the European College of Sport Science, г. Дублин, Ирландия, 2018 г.; «Психологические аспекты реабилитации спортсменов, перенёсших травму опорно-двигательного аппарата» - XI Всероссийский съезд травматологов-ортопедов АТОР, г. Санкт-Петербург, 2018 г.; «Психологические особенности реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата» - Международный научный конгресс «Ценности, традиции и новации современного спорта», г. Минск, Беларусь, 2018 г.; «Индикаторы психологической адаптации у высококвалифицированных спортсменов» - Ассоциированный научно-практический форум: VIII Всероссийский конгресс с международным участием «Медицина для спорта 2018», г. Нижний Новгород, 2018 г.; «Спортивный стресс как фактор травматизации в спорте высших достижений» - XIII Международная научная конференция по вопросам состояния и перспективам развития медицины спорта высших достижений «СпортМед-2018», V научно-практическая конференции «Медицинское обеспечение спорта высших достижений», г. Москва, 2018 г.; «Соревновательный стресс как фактор риска получения спортивной травмы» - Международная научно-практическая конференция «II Европейские игры – 2019: психолого-педагогические и медико-биологические аспекты подготовки спортсменов», г. Минск, Беларусь, 2019 г.; «Психологические аспекты реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата» - VII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы реабилитации в медицине и спорте», г. Решма, 2019 г.;

«Спортивная травма глазами психолога. Комплексный подход к восстановлению спортсмена» - IX Всероссийская с международным участием научно-практическая конференция «СпортМедПермь 2020»: Спортивная медицина и медицинская реабилитация, г. Пермь, 2020 г.; «Особенности психологического состояния спортсменов высокого класса в процессе восстановления после травмы опорно-двигательной системы» - X юбилейная всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «СпортМедПермь 2021. Спортивная медицина и медицинская реабилитация в эпоху COVID-19», г. Пермь, 2021 г.; «Особенности психологического состояния спортсменов высокого класса в процессе восстановления после травмы опорно-двигательной системы» - IX Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы реабилитации в медицине и спорте», г. Решма, 2021 г.

Внедрение результатов исследования

Полученные в ходе диссертационного исследования результаты внедрены в практику медико-психологического сопровождения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации, находящихся на лечении в Центре спортивной травматологии и реабилитации ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России. Также результаты исследования внедрены в работу Отделения реабилитационно-восстановительного лечения ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр спортивной медицины и реабилитации Федерального медико-биологического агентства».

Материалы исследования используются в учебном процессе на кафедре восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии, сестринского дела с курсом спортивной медицины и на кафедре травматологии и ортопедии Медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

Личный вклад автора в выполнение работы

Автору принадлежит ведущая роль в проведении анализа литературных источников, определении цели и задач исследования, формированию программы

психодиагностики и психокоррекции, сборе и анализе полученных результатов, написании статей, формировании выводов диссертации. Медико-психологическое интервью, первичная психологическая диагностика, оценка эффективности психокоррекции (психометрия) проведены лично автором. Анализ их результатов выполнен лично автором. Заполнение разработанных индивидуальных регистрационных карт, ведение компьютерной базы данных спортсменов с травмами опорно-двигательной системы, проведены лично автором. Им также лично создана компьютерная база данных и проведен статистический анализ в программах Microsoft Excel и IBM SPSS Statistics 21.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 14 научных трудов, из них 3 научных статьи в рецензируемых журналах, включенных в Перечень ВАК при Министерстве науки и высшего образования РФ для публикации результатов диссертационных исследований.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертационной работы соответствуют формуле специальности 14.03.11 – Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия (психологические науки). Результаты проведенного исследования соответствуют паспорту специальности по пункту 6: разработка теоретико-методологических и прикладных проблем психологической коррекции, психологической реабилитации и психотерапии в восстановительной медицине, спортивной медицине, лечебной физкультуре, курортологии и физиотерапии; психологическое обеспечение психогигиены, психопрофилактики, восстановительного лечения и реабилитации; пункту 7: разработка фундаментальных и прикладных психологических проблем и психологического сопровождения восстановительного лечения, спортивной тренировки, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии.

Структура и объем работы

Диссертационная работа имеет классическую структуру и состоит из введения, обзора литературы по исследуемому вопросу, описания материалов и

методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Диссертационная работа изложена на 159 страницах машинописного текста, содержит 19 таблиц, иллюстрирована 35 рисунками. Список литературы включает 167 источников, из них 81 отечественных и 86 зарубежных.

ГЛАВА 1 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Спорт высших достижений как экстремальная деятельность

Одним из важнейших вопросов, актуальных для спортивной психологической науки, является системное изучение деятельности спортсмена. Большинство исследований проводится в рамках субъектно-деятельностного подхода (С.Л. Рубинштейн, А.В. Брушлинский, Л.С. Выготский и др.) наиболее полно и адекватно отражающего процессы, происходящие со спортсменом в процессе его профессиональной деятельности [14,36,57].

Деятельность спортсмена высокой квалификации, согласно концепции Л. П. Матвеева, принято делить на циклы, состоящие из нескольких этапов: подготовительный, соревновательный и переходный [40]. Каждый из этих этапов имеет свои особенности, однако, все они, за исключением переходного, сходны тем, что происходят под воздействием сверхвысоких физических и психологических нагрузок. Иными словами, профессиональная деятельность спортсмена протекает в экстремальных условиях [7,59,63].

Существует особый раздел в психологической науке – экстремальная психология, изучающая «общие психологические закономерности жизни и деятельности человека в изменчивых (непривычных) условиях существования» [42]. В соответствии с общепринятым определением, к факторам, создающим экстремальные условия деятельности относят монотонию, измененные пространственную и временную структуры, ограничения личностно-значимой информации, одиночество, групповую изоляция (информационная истощаемость партнеров по общению, постоянная публичность и т. д) и угрозу для жизни [7,42]

Постоянное воздействие факторов экстремального характера присуще для многих профессий, таких как врач, летчик, космонавт, военнослужащий, пожарный, работник атомной промышленности, спасатель и другие. В каждом из этих видов профессиональной деятельности специалист имеет дело с физическими

и психологическими перегрузками, приводящими к перенапряжению, нервному истощению, профессиональному выгоранию [17,80,102,].

Ученые всего мира активно исследуют особенности поведения и психологического состояния человека, находящегося в экстремальных условиях деятельности. Подобные изыскания позволяют совершенствовать подготовку людей «экстремальных» профессий, повышая их стрессоустойчивость, обучая навыкам саморегуляции, предупреждая за счет своевременной психопрофилактики профессиональное выгорание [93,96,97].

Ю.В. Байковский в исследованиях факторов, определяющих экстремальность спортивной деятельности, выделяет три группы системообразующих факторов безопасности деятельности человека, занимающегося экстремальными видами деятельности, являются: а) объективные факторы риска или факторы внешней среды; б) факторы неопределенности деятельности; в) фактор аварийности вида спорта или коэффициент несчастных случаев в экстремальной деятельности человека [6,7].

В аспекте спортивной деятельности, к факторам экстремального характера можно отнести повышенные физические нагрузки, психологическое давление, сложность прогнозирования успешности деятельности, постоянная групповую изоляцию, нахождение вдали от семьи и друзей в течение длительного времени, характерные для некоторых видов спорта экстремальные погодные условия в процессе тренировок и соревнований, частые смены часовых поясов и авиаперелеты, тренировочная деятельность в условиях гипоксии, и, наконец, объективная угроза жизни и здоровью из-за высокого риска спортивной травматизации [21].

Однако, несмотря на вышеперечисленные факторы, позволяющие объективно отнести спорт к экстремальной деятельности, лишь узкие специалисты в области психологии спорта рассматривают этот вид деятельности как экстремальный, связанный с повышенной опасностью [7,71]. Это обусловлено, в первую очередь, происхождением и изначальным назначением спортивных соревнований. Спорт воспринимается социумом, не как «серьезная» профессия, а

как развлечение, игра, досуговое времяпрепровождение. Следовательно, тренировочная и соревновательная деятельность спортсмена также не может быть поставлена в один ряд с такими социально значимыми профессиями, как пожарный или спасатель.

В философском понимании спортивная деятельность является «мирной» моделью военных действий между людьми, где в социально приемлемой форме реализуется возможность соперничества, борьбы за ресурсы (спортивные награды и трофеи), конкуренции в личных качествах, таких как сила, выносливость, скорость и психологическая устойчивость [72]. Результаты изучения функциональных возможностей человека в условиях этой модели экстремальной деятельности представляются весьма интересными в аспекте трансляции основных закономерностей реагирования организма на представителей других «экстремальных» профессий, учитывая сложность проведения исследования, например, в условиях боевых действий или космоса. Спортивная деятельность в таком представлении может служить своеобразным «полигоном» для исследования физических возможностей человека [31,46,64].

Тем не менее, перенос психологических особенностей деятельности и поведенческих реакций, выявленных при исследовании спортсменов, на представителей других профессий экстремального характера и наоборот, на наш взгляд, мало целесообразен именно по причине сильно различающегося социокультурного контекста спорта и других «экстремальных» профессий [7].

Таким образом, при работе со спортсменами, целесообразно учитывать психологические закономерности, являющиеся типичными для представителей «экстремальных» профессий, однако с целью наиболее эффективного психологического сопровождения профессиональной деятельности спортсменов высокого класса необходимо производить тщательный подбор и, при необходимости, адаптацию любых воздействий психологического характера, а также контролировать их выполнение спортивным психологом, прошедшим специализированную подготовку, знающим особенности тренировочно-соревновательного процесса и личности спортсмена.

1.2 Стресс в спорте высших достижений

Мир спорта высших достижений зачастую предполагает деятельность, связанную с постоянным стрессом. Спортсмены вынуждены преодолевать как острый, краткосрочный стресс, связанный с конкретным соревнованием или другим спортивным событием, так и длительный повседневный стресс, формирующийся под воздействием колоссальных физических и психологических нагрузок с одной стороны, и давлением ожидания высокого результата с другой. При этом, вне профессиональной деятельности спортсмен испытывает воздействие того же набора стрессоров, что и любой другой человек, что не может не влиять на его психологическое состояние [10,22,53,128].

Как и стресс повседневной жизни, спортивный стресс заключается в реакции организма на раздражитель, превышающий по силе привычный для спортсмена. В зарубежной литературе часто встречается характеристика стрессового ответа «fight or flight» - «борьба или бегство». В контексте спорта «бегство», то есть уход от действия стрессора, заключается в нервозности, тревожности и формировании чувства страха [167]. Зачастую, страх проявляется в стремлении спортсмена вести себя более комфортно и безопасно в тренировочном и соревновательном процессе, вместо того, чтобы прилагать требуемые усилия на тренировках и соревнованиях. Проявление этого можно увидеть в соревновательных эпизодах, например, в командных видах спорта, когда, имея возможность совершить бросок или удар из выгодной позиции, спортсмен предпочитает отдать пас партнеру [65,67].

В каждом виде спорта есть ситуации, когда для достижения результата требуется определенная степень риска. Природный инстинкт заставляет человека делать выбор в пользу «бегства», однако спортсмену необходимо подавить инстинкт, «заменив» его на борьбу. В данном случае борьба, безусловно, не подразумевает выживание. Такое поведение скорее можно охарактеризовать как ответ на спортивный вызов. Несмотря на то, что подобный стимул и истинная борьба за выживание сильно различаются по своей значимости, механизм ответа во многом схож [167].

Часто в работе со спортсменами тренеры используют фразу: «Играй для того, чтобы победить, а не для того, чтобы не проиграть!». Это высказывание описывает один из наиболее важных личностных компонентов, определяющих поведение в стрессовой ситуации – мотивацию. Именно мотивационная направленность – на достижение успеха или избегание неудач, во многом определяет стратегию поведения спортсмена в ответ на стрессор [55,60,79,124,143].

1.2.1 Понятие и стадии протекания стресса

В отечественной и зарубежной литературе представлено большое количество определений феномена стресса. В большинстве авторы сходятся во мнении, что стресс (англ. stress - напряжение, давление) представляет собой неспецифическую реакцию человека, развивающуюся в ответ на воздействие извне, превышающее определенный порог [108,147,149]. Порог стресса для каждого человека индивидуален и зависит от ряда факторов, связанных как личностными особенностями человека, с накопленным прошлым опытом, так и с конкретной ситуацией, в условиях которой происходит действие стрессора.

Концепцию формирования и развития стресса, ставшую впоследствии классической, предложил австрийский врач Г. Селье в 1936 г., когда в журнале «Nature» от 4 июля в колонке «Письма к редактору» была напечатана небольшая заметка под названием «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами». Развитие теории, а также расширение представлений о протекании стрессового ответа нашло отражение в более поздних работах ученого [149]. В своей теории специалист предлагает три стадии развития неспецифического стрессового ответа на раздражитель:

1) стадия тревоги, или аларм-стадия, когда действия стрессора превышает определенный порог, индивидуальный для каждого человека, и начинается мобилизация ресурсов организма;

2) стадия резистентности, когда все системы организма мобилизованы и включены в работу по преодолению воздействия стрессора;

3) истощение организма. Третья стадия зависит от продолжительности действия стрессора, а также от особенностей организма. В случае прекращения действия раздражителя, организм постепенно возвращается к своему обычному функционированию. Если же воздействие продолжается, особенно если нагрузка возрастает, то может наступить адаптационный срыв – дистресс (от греч. «двойной стресс») [149].

Физиологическая составляющая стресса заключается в участии его в общем адаптационном синдроме, являющимся необходимой реакцией организма на изменившиеся условия жизни и приспособления к ним. Данная реакция заключается в повышении ЧСС и артериального давления, увеличении биоэлектрической активности головного мозга, расширении сосудов и других физиологических изменений, повышающих возможности организма для эффективного преодоления, в первую очередь, жизнеугрожающей ситуации. Безусловно, такая реакция была необходима древнему человеку для выживания и сохранения вида. В наши дни человек сталкивается с прямой угрозой жизни гораздо реже, однако неспецифичность стрессовой реакции на средовое воздействие позволяет адекватно справляться с трудными ситуациями повседневной жизни современного человека [53,86,123,128].

Таким образом, стресс является не только необходимой защитной реакцией, но также и механизмом формирования адаптационных возможностей человека, развития навыков психологической саморегуляции и стрессоустойчивости [149]. Положительное влияние стресса на жизнедеятельность человека Г. Селье, вслед за Р. Лазарусом, назвал эустрессом (префикс eu- – греч. «хороший») [133]. Тем не менее, даже «хороший» стресс, если он действует постоянно, заставляет организм находиться в стадии резистентности длительное время, за счет чего высока вероятность формирования истощения и специфичного для спортивной деятельности состояния перетренированности. В данном случае речь идет в большей степени о физиологическом стрессе, возникающем под действием высоких физических нагрузок. Однако, составление тренировочного плана и распределение физических нагрузок – задача тренерского штаба.

Психологический стресс в спорте играет не менее важную роль в повышении риска травматизации. Безусловно, спортсмен вне профессиональной деятельности испытывает воздействие тех же как повседневных, так и острых стрессоров, что необходимо учитывать во время психологической работы с ним, в частности, при изучении предпосылок возникновения спортивной травмы. Однако, поскольку спортивная травматизация предполагает получение травмы в процессе профессиональной деятельности, необходимо особое внимание уделить рассмотрению источников возникновения стресса, характерных для спорта [110,111,112].

1.2.2 Виды стресса в спорте

Как уже отмечалось ранее, стресс имеет два варианта завершения – негативный («дистресс») и продуктивный («эустресс»). Для того, чтобы понять закономерность развития одного из этих вариантов завершения стресса в спортивной деятельности, необходимо классифицировать широкий спектр стрессоров, действующих на спортсмена в процессе тренировок и соревнований. В литературе описано множество примеров действия различных стрессоров [115,123,128]. В 90-е годы XX века принято было разделять все стрессоры, имеющие воздействие на спортсмена, на две категории: соревновательные и не-соревновательные стрессоры. На первый взгляд, такая дифференциация кажется интуитивно логичной, однако вторая категория – не-соревновательные стрессоры – представляется слишком обобщенной, не дающей полного представления о своем наполнении, а, главное, не позволяющей вывести общие характеристики, присущие всем стрессорам, не попадающим в категорию соревновательных.

В 2003 г. исследователи Флетчер и Хантон предложили определять понятие стрессора как «средовые требования, с которыми сталкивается индивидуум» [110], а также классифицировали спортивные стрессоры по трем основным категориям: соревновательные, организационные и индивидуальные, вызывающие, соответственно. Соревновательный, организационный и индивидуальный стресс.

Также исследователи привели обоснование для дифференциации по данным категориям в соответствии с тремя критериями: конкретное происхождение и характер действующего стрессора; различия в психологических процессах, лежащих в основе ответов на эти стрессоры; уместность вмешательства для управления соревновательным, организационным и личным напряжением, формирующимся в результате действия стрессора [111,119,129,165,166].

Соревновательный стресс. Флетчер и коллеги определяют соревновательный стрессор как «текущее взаимодействие между индивидом и требованиями среды, связанными в первую очередь и напрямую с соревновательным процессом» [111]. Поэтому только стрессоры, непосредственно связанные с тренировочной и соревновательной деятельностью, называются соревновательными стрессорами.

Специалисты выделяют следующие наиболее часто встречающиеся стрессоры: подготовка к соревнованиям [119], травма [142], психологическое давление крупных международных соревнований [140], соперники [142].

Перед любыми стартами спортсмен соотносит свой уровень с требованиями, предъявляемыми конкретными соревнованиям. Сюда входит психологическая готовность, уровень физической формы и техническая подготовка. В случае несовпадения представлений спортсмена о себе по одному или нескольким компонентам подготовки, высока вероятность формирования стрессовой реакции. Причем это касается именно субъективных ощущений спортсмена, объективные показатели его готовности могут находиться на уровне, потенциально позволяющем продемонстрировать высокий результат на соревнованиях, однако развитие стресса от этого зависеть не будет.

Наиболее тяжелые, а иногда и непоправимые последствия может иметь воздействие травматического фактора. Остальные выделяемые стрессоры в большей степени связаны с психологическими переживаниями спортсмена. Травматические стрессоры формируются в аспекте физического здоровья, следовательно, их воздействие оказывается более широким и глубоким. К стрессорам, связанным с травмой, относится страх получения травмы (самостоятельно или при участии соперника), неуверенность в своих силах после

перенесенной травмы, боязнь рецидива старой травмы или усугубления имеющейся. В последнем случае спортсмен, имея повреждение легкой степени, может скрывать свое состояние от врачей команды и тренеров, при этом концентрация внимания на травме может привести к еще более тяжелому повреждению [119].

Еще одной разновидностью факторов, вызывающих соревновательный стресс, является психологическое давление крупных международных соревнований. Обычно это происходит со спортсменами, не имеющими большого опыта участия в крупномасштабных соревнованиях, особенно, если существует вероятность успешной селекции в случае результативного выступления. Также имеет значение этап соревнований, например, дополнительное давление может создавать матч-открытие турнира или заключительный этап [55].

Стрессоры, связанные с соперником, формируются в случае оценки спортсменом соперника как заведомо более сильного, известного или опытного, а также в случае неудачного опыта встреч с этим конкретным оппонентом.

Весьма характерным для спорта является стресс, связанный с личными суевериями или ритуалами. За время своей карьеры спортсмен создает для себя ритуалы, помогающие должным образом настроиться и прийти в оптимальное состояние. В том случае, если спортсмен перед ответственным стартом не провел необходимый для него ритуал, он не будет чувствовать себя полностью готовым к соревнованию [18,20,33]. Примерами ритуалов могут служить последовательность посадки команды в автобус для поездки на игру, просмотр определенного фильма или прослушивание музыкальных произведений, разговор с близким человеком, и другие [65,71]. Распространенным суеверием в мужском спорте является отращивание усов или бороды. Причем не только спортсменами, но и болельщиками. Известный пример такого ритуала был продемонстрирован на чемпионате мира по футболу 2018 в России, и получил название «усы надежды», когда большая часть мужского населения России, переживавшая за свою команду, отращивала усы в солидарность с главным тренером сборной России С.С. Черчесовым.

Организационный стресс. По аналогии с соревновательным стрессором, организационный определяют, как «требования окружающей среды, связанные в первую очередь непосредственно с организацией, в которой работает индивид» [112].

В своем исследовании 2006г., Флетчер и коллеги, опираясь на понятие об организационных стрессорах Вудмана и Харди [165], выделили четыре группы источников организационного стресса, воздействующих на высококвалифицированных спортсменов. Это стрессоры окружающей среды, в которой происходит спортивная деятельность; индивидуальные стрессоры; стрессоры, связанные с взаимодействием спортсмена и тренера; стрессоры, связанные с взаимоотношениями в команде.

Среди источников стресса, связанных с окружающей средой, специалисты, путем методов интервьюирования спортсменов и других участников спортивной деятельности, выделили ряд наиболее часто встречающихся стрессоров. Источники организационного стресса, связанные со спортивным отбором, заключаются в неопределенности финального решения, неизвестности критериев выбора, длительности принятия решения, а также не всегда соблюденной объективностью отбора [71].

Одни из самых сильных источников организационного стресса связаны с финансовой стороной спорта. В первую очередь, это недостаток или неравномерное распределение финансовой поддержки, а также зависимость финансирования от результата.

Еще несколько групп организационных стрессоров можно характеризовать как стрессоры, связанные с условиями подготовки. Сюда входят погодные условия, в которых происходит подготовка, недостатки в спортивном оборудовании, экипировке, инвентаре, низкий уровень тренировочных баз, недостаточно высокая организация перемещения и проживания спортсменов, а также длительность перемещения к спортивным объектам [23].

Отдельно выделяются организационные стрессоры соревновательной среды. Они в определенной степени перекликаются с собственно соревновательными,

однако в меньшей степени зависят от самих спортсменов. Это чрезмерно длительный соревновательный период, неудобный формат или расписание турнира, а также его внезапные изменения, несоответствующие требованиям соревнований спортивные объекты и др.[22].

К организационным стрессорам, связанным с индивидуальными аспектами, можно отнести следующее: организация питания во время проведения соревнований (недостаточное питание или отсутствие специализированного питания), переживания по поводу травм, полученных в процессе соревнований, а также эмоции, связанные с целями и ожиданиями от турнира - завышенные личные ожидания, давление со стороны семьи, тренера, партнеров по команде, и даже собственной нации [129].

Источники стресса, формируемые взаимоотношениями с тренером, включают в себя как аспекты тренерской деятельности (слишком агрессивный тренерский стиль, частая смена тренеров с разными стилями деятельности), так и индивидуально-типологические особенности тренера (высокая требовательность, давление, недопонимание, отсутствие поддержки, некомпетентность).

Стрессоры, формирующиеся в результате взаимоотношений внутри команды, представлены весьма обширно. В большей степени стресс, связанный с внутрикомандным взаимодействием, характерен в командных видах спорта, где от взаимодействия и понимания между спортсменами напрямую зависит спортивный результат. Источники стресса можно разделить на четыре группы, связанные с атмосферой в команде, распределением ролей, поддержки и непосредственно взаимодействием. Социально-психологический климат, сформированный в команде, крайне важен как в период тренировок, так и в соревновательный этап. Если между спортсменами существует напряжение, недопонимание, если кто-то из партнеров по команде ставит личные амбиции выше командных, нарушается «командная химия», как принято называть социально-психологический климат в спортивной среде, что может привести к неудовлетворительному спортивному результату или травматизации [70].

К стрессу также могут привести такие факторы, как невыполнение администрацией своего функционала в полном объеме, недостаточное получение медицинских и восстановительных процедур и др.

Индивидуальный стресс. Безусловно, наименее исследованными источниками спортивного стресса являются индивидуальные стрессоры. Их можно определить, как «напряжение между индивидом и средовыми требованиями, связанными непосредственно с личными жизненными событиями» [139]. Такие стрессоры включают в себя аспекты индивидуального жизненного стиля [143] и финансовые вопросы [155]. Несмотря на небольшое количество исследований по данному направлению, следует проявлять осторожность, предполагая, что индивидуальные стрессоры имеют меньшее влияние на спортивные результаты. Например, организационный стрессор, такой как транспорт, хотя и часто встречается, не вызывает интенсивный когнитивный или эмоциональный отклик, тогда как личные проблемы, хотя и испытываемые реже, более сильно влияют на психологическое состояние спортсмена [112].

Описанные в литературе исследования влияния различных видов стрессоров как на спортивную успешность, так и на травматизацию, показывают интересные результаты. Мета-анализ исследований, проведенный Хантоном и коллегами в 2005 г., показал, что в большинстве своем исследования сосредоточены на соревновательном стрессе, в то время, как организационному уделяется недостаточно внимания [118,119,165,166]. При этом, выявлено, что организационный стресс в спорте высших достижений в определенных аспектах может оказывать большее влияние на спортивную деятельность [129].

Необходимо также отметить, что организационные стрессоры сильно разнятся в зависимости от вида спорта, тогда как соревновательные стрессоры, описанные спортсменами различных дисциплин, значительно схожи между собой [24]. Это объясняется большой разницей в организационных аспектах видов спорта, в первую очередь, в финансовом вопросе. Также большую роль играет популярность вида спорта в стране, уровень развития детско-юношеского спорта и

спортивной инфраструктуры, а также наличие методологических школ и систем для подготовки тренеров [18].

Еще одна важная отличительная особенность организационного стресса от соревновательного заключается в том, что многие его источники могут относятся к факторам долговременного и более глобального воздействия, что вызывает устойчивый рост психологической напряженности, и в дальнейшем повышает вероятность формирования эмоционального выгорания спортсменов [19].

Отечественные исследования влияния таких организационных стрессоров, как спортивный отбор в национальную сборную и на значимые соревнования с «отклонениями от спортивных принципов», регулярность попадания спортсмена в элитную команду, показали, что они формируют устойчивое развитие психологического напряжения, а также провоцируют изменения в структуре спортивной мотивации [18,19,21].

Проанализировав литературу, посвященную изучению спортивного стресса и его влияния на деятельность спортсмена, необходимо отметить, что в большей степени проблема исследуется за рубежом, в частности учеными США и Великобритании. В отечественной литературе крайне мало исследований на данную тематику, особенно в аспектах влияния спортивного стресса на повышение уровня травматизации. Это обуславливает актуальность изучения данного вопроса с целью предупреждения спортивного травматизма и повышения результативности российских спортсменов при максимально возможном сохранении здоровья.

Для всестороннего изучения влияния, оказываемого травматическим случаем на психологическое состояние спортсмена необходимо обратиться к понятию, спортивной травмы, ее видам, а также оценить распространенность различных травм в зависимости от вида спорта.

1.3 Спортивная травма. Понятие и классификация

Участие в любой деятельности, требующей физической активности, всегда подразумевает под собой вероятность получения травмы. Все больше людей в мире

занимается физической культурой и спортом, следовательно, возрастает и количество спортивных травм. Спортивная травма зачастую имеет сложный, комплексный характер, включающий в себя как физический, так и психологический компонент [8,12].

В контексте спортивного стресса травма заслуживает особого рассмотрения, поскольку имеет уникальную двойственную природу. Современные отечественные исследования, проводимые в области поведенческих аспектов травмированных спортсменов, отмечают следующую закономерность. С одной стороны, случай спортивного травматизма является значимым событием в жизни спортсмена, так как травма может вывести его из тренировочного и соревновательного процесса на длительный срок, внести изменения в планы соревнований, а, в случае повреждений высокой степени тяжести, стать причиной преждевременного завершения спортивной карьеры [13].

С другой стороны, спорт сам по себе изначально предполагает повышенный риск травматизма, спортсмен с начала карьеры осознает этот риск, и теоретически должен быть готов к получению травмы. Возникает парадоксальное противоречие, когда спортсмен, добровольно принимающий возможность получения травмы как часть своей профессии, проходя через травматический случай, вынужден на время или навсегда прекратить свою профессиональную деятельность [8,25,26].

Безусловно, такое противоречие формирует дополнительное психологическое напряжение, что отягощает процесс восстановления и возвращения в спорт. В этой связи большой интерес представляет исследование динамики изменения психологического состояния спортсмена с момента травматического случая до возвращения в спорт, а также изучение предпосылок получения травмы.

Для более полного понимания психологических изменений, происходящих у спортсмена в процессе переживания травматического случая, необходимо рассмотреть спортивную травму с точки зрения физического и функционального изменения.

Общее понятие травмы раскрывает физическую суть явления, характеризуя травму как «повреждение с нарушением или без нарушений целостности тканей, вызванное каким-либо внешним воздействием» [69].

С точки зрения условий получения травмы выделяют бытовой, производственный, военный, транспортный и другие виды травматизма.

Спортивная травма также выделяется в отдельную категорию, и определяется отечественными специалистами в области спортивной медицины как «повреждение, сопровождающееся изменением анатомических структур и функции травмированного органа в результате воздействия физического фактора, превышающего физиологическую прочность ткани, в процессе занятий физическими упражнениями и спортом» [69].

Классифицировать спортивные травмы принято по наличию и отсутствию повреждения наружных покровов – закрытые и открытые; по обширности – микро- и макротравмы. Также травмы могут быть одиночными (например, поперечный перелом бедренной кости), множественными (множественный перелом ребер), сочетанными (перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря) и комбинированными (перелом бедра и отморожение стопы и т.п.).

По тяжести повреждения отечественные исследователи выделяют тяжелые, средней степени тяжести и легкие травмы [39,45,69,73]. Зарубежными коллегами предложены 5 степеней тяжести травм [121], учитывающих, помимо медицинского, также психологический аспект.

Легкая степень - травма, допускающая лечение без прерывания тренировочно-соревновательного процесса с низким риском развития физических и/или психологических последствий. Следует отметить, что легкие травмы иногда не распознаются самими спортсменами, тренерами и врачом команды. Это может привести к ситуации возникновения повторного травматизма. Также множественные повторяющиеся легкие травмы могут способствовать развитию неблагоприятных психологических состояний. Поэтому задачей специалистов, окружающих спортсмена, в таких случаях является выявление признаков

психологических изменений с целью своевременного определения и предотвращения развития более тяжелой травмы

Умеренная травма - относительно более серьезная травма, которая мешает полноценному проведению тренировок и участию в соревнованиях. Этот тип травмы, безусловно, требует медицинского вмешательства с проведением необходимого лечения. Мониторинг любых признаков психологической травмы настоятельно рекомендуется в таких случаях.

Тяжелая травма - повреждение, требующее длительного отстранения от спортивной деятельности, часто имеется необходимость в оперативном лечении. Такая травма потенциально может привести к долгосрочной физической и/или психологической нетрудоспособности. Настоятельно рекомендуется вмешательство спортивного психолога с опытом работы с травмированными спортсменами. Спортсмены, имеющие даже единичный эпизод тяжелой травмы, очень восприимчивы к развитию психологической дезадаптации.

Травма, несовместимая со спортом - повреждение, которое из-за тяжести или времени делает невозможным возвращение пострадавшего спортсмена на прежний уровень мастерства, как в физическом, так и психологическом аспекте. Участие клинического психолога со знанием спортивных травм может иметь решающее значение для этой категории травмированных спортсменов в аспекте прогнозирования и предотвращения посттравматических психологических и психиатрических проблем (развитие посттравматического стрессового расстройства – ПТСР).

Очень тяжелая, или катастрофическая травма - травма, из-за которой наступает инвалидность или смерть. Как правило, такая травма связана с повреждением головного или спинного мозга. Следует отметить, что возникновение инвалидности вследствие катастрофического травматизма в спорте встречается достаточно редко. Забота о психологическом благополучии этой категории спортсменов обязательна [150,154].

Помимо вышеперечисленных классов травм, выделяют острые и хронические спортивные повреждения. Острые травмы возникают вследствие

внезапного воздействия какого-либо травмирующего фактора. Хронические травмы являются результатом многократного действия одного и того же травмирующего фактора на определенную область тела [39].

Все многообразие травмирующих факторов в литературе по травматологии принято делить на физические, химические, биологические и смешанные. В спорте наибольшее количество травм обусловлено воздействием физических (механических и температурных) факторов, а среди них наиболее часто встречаются именно механические [11].

Вне зависимости от типа травмы, ее сложности и длительности восстановления, спортсмен, переживая травматический случай, оказывается вырванным из привычных условий деятельности, или же, в случае с легкими травмами, не являющимися причиной отвода от занятий спортом, вынужденным тренироваться с некоторыми ограничениями, не позволяющими ему показать максимальный результат. Для того, чтобы как можно эффективнее и скорее вернуть спортсмена в привычные и комфортные условия для занятий спортом, необходимо всесторонне изучить процессы психологического характера, происходящие со спортсменом в период переживания им спортивной травмы [8,9].

1.4 Психологическое реагирование на спортивную травму

В отечественной практике большее внимание уделяется физическим аспектам спортивной травмы, тогда как ее психологическая составляющая выпадает из поля зрения специалистов.

Между тем, за рубежом активное изучение вопросов психологического реагирования спортсмена на травму началось в 80-х годах XX века [89]. Исследования того периода разделены по принципу двух точек зрения – психологические предпосылки возникновения травмы и посттравматическое реагирование. Отсюда сформировались две группы теорий – претравматические и посттравматические модели.

Среди факторов, предшествующих травме, выделяют психологические особенности личности, жизненные стрессоры, копинг-стратегии [163] В качестве посттравматических конструктов выделяют когнитивные, эмоциональные и поведенческие реакции [162].

На сегодняшний день существуют модели, признанные классическими, которые наиболее полно отражают процесс спортивной травматизации, включающий предпосылки возникновения травмы, факторы, повышающие вероятность травматизации, а также психологические процессы, происходящие со спортсменом с момента получения травмы до его полного возвращения в спорт. Для более глубокого понимания целесообразности включения в модели того или иного конструкта, обратимся к истории развития учений о психологическом реагировании на спортивную травму.

1.4.1 История развития представлений о психологическом реагировании на спортивную травму

Ранние концепции в большей степени основывались на модели стресса и переживания горя. Одной из первых теоретических моделей, разработанных для объяснения роли стресса в спортивной травме, была модель стресс-травмы Холмса и Раге, адаптированная для спортивной деятельности [122].

В 1986 г. впервые была выявлена значимость изучения личностных и ситуативных факторов, определяющих различия в психологическом ответе спортсмена на травматический стресс [158]. Тогда имелось крайне мало данных о спортивном стрессе, поэтому авторы исследования базировались на данных из смежных областей. В 1987 г. Визе и Вайсс [159] представили упрощенную модель развития стресса, основанную на классической концепции Г. Селье [149]. Эта модель была взята за основу для понимания протекания процесса спортивной травматизации. Согласно ей, травма представляется в качестве стрессора, который подвергается когнитивной оценке. Оценка, в свою очередь, вызывает

эмоциональные, а затем поведенческие реакции. Однако на тот момент никакой эмпирической поддержки данных предположений еще не существовало.

В 1988 г. американскими исследователями Дж. Уильямс и М. Андерсеном была разработана оригинальная модель стресс-факторов возникновения спортивной травмы [163]. Согласно модели, причиной травмы является стрессовая реакция в результате когнитивной оценки спортсменами необходимых для спорта ресурсов и требований. В случае определенного действия комплекса факторов, подразделяемых создателями концепции на три группы (личностные, поведенческие и внешние), оценка спортсменов собственных возможностей не совпадает с его представлениями о требованиях, предъявляемых спортом. В этом случае нарастает общее мышечное напряжение, сужение внимания, повышается отвлекаемость, в результате чего повышается вероятность возникновения спортивной травмы. Данная концепция относится к претравматическим моделям, рассматриваются факторы, приводящие к травме, но не затрагивается посттравматическое состояние и процесс реабилитации.

Экспериментальная база различных компонентов модели Уильямс и Андерсена неоднозначна, поскольку до настоящего времени опубликовано только 48 исследований [127]. Известно, что некоторые факторы связаны с более высокими показателями травматизма. Например, была обнаружена взаимосвязь травматизма с такими индивидуальными переменными, как тревожность [126], локус контроля [130] и настроение [103]. Более высокое количество ежедневных неприятностей [125,136], негативные жизненные события [127], а также травматический опыт [153] также связывают с увеличением числа случаев спортивных травм. Наличие же благоприятных копинг-стратегий [136] и социальной поддержки [83] связано с уменьшением риска получения травмы. Не смотря на противоречивые результаты исследований в контексте стрессовой модели, современные ученые определяют модель Уильямс и Андерсена [163] как наиболее полно отражающую причины возникновения спортивной травмы. На сегодняшний день ядро модели стресса и травмы Уильямс и Андерсена (1988, 1998)

остается в значительной степени неоспоримым, и его часто называют основой для всех исследований психологических предпосылок спортивных травм [83].

В дальнейшем на базе стрессовой модели были разработаны другие концепции, описывающие отдельные психологические факторы возникновения травм в спорте. Психофизиологическая модель риска травматизма [121] дополняет стресс-модель, объясняя случаи возникновения травм, особенно в экстремальных условиях, где страх перед травмой (первичной или повторной) является фактором, влияющим на выступления на соревнованиях. Данная концепция предполагает, что восприятие спортсменом какого-либо из стрессоров (когнитивная оценка) формирует эмоциональный ответ в форме развивающегося чувства страха, что снижает спортивную эффективность и повышает риск травматизма за счет изменений в поведении – концентрация внимания не на цели деятельности, а на избегании неудач, повышение количества ошибочных действий, неверная биомеханика спортивных элементов.

В 2014 г. разработана биопсихосоциальная модель стресса в аспекте спортивной травмы и здоровья [83]. Аналогично вышеописанным концепциям, биопсихосоциальная модель также основана на отношении стресс-травма. Модель направлена на то, чтобы объяснить, как негативный жизненный стресс и последующий эмоциональный дистресс (психологические факторы) могут влиять на возникновение травмы через активацию вегетативной нервной системы, особенно при увеличении интенсивности тренировок.

Все претравматические модели объединяет попытка определить предпосылки возникновения травматической ситуации, однако, они не могут объяснить происходящее со спортсменом после получения травмы.

Параллельно проводились исследования, посвященные посттравматическим аспектам психологического состояния спортсменов. Педерсен и Гордон[144], основываясь на концепции 5 стадий работы горя [131], предположили подобное реагирование у спортсменов на травму. Согласно концепции, после травмы у спортсмена формируется пятиступенчатый ответ реакции горя: отрицание, гнев, торг, депрессия и принятие или реорганизация.

Модель, основанная на качественном анализе, предложена Роуз и Джевн [146]. Исследование проведено на основе анализа интервью травмированных спортсменов, и описывает четыре «фазы риска» – получение травмы, изучение травмы, работа с последствиями травмы, достижение психологического и физического восстановления. Ядром концепции является понятие «усвоения урока» травмы, то есть поэтапное приобретение опыта прохождения стадий травмы и адаптации к ним.

Адаптационные и стрессовые посттравматические модели, а также концепция когнитивной оценки расширили и дополнили модель факторов возникновения травмы Уильямс и Андерсена [163].

Большое количество посстравматических моделей также базируются на стрессовой реакции [116,162]. Большое внимание в них уделяется личностным особенностям спортсмена, влияющим на мысли, чувства и поведение в процессе восстановления.

В 1994 г. Брюер опубликовал обзор существующих на тот момент моделей психологического реагирования на травму, где пришел к выводу, что модели, рассматривающие в базисе когнитивную оценку, представляются более перспективными для понимания процесса протекания спортивной травмы и восстановления после нее [86].

Эванс и Харди [105], однако, утверждали, что концепции, основанные на переживании горя, описанные в литературе по клинической психологии, более динамичные и менее формализованные, и, следовательно, заслуживает большего внимания со стороны исследователей в спортивной психологии. Они предположили, что печаль, рассматриваемая в контексте спортивной травмы, это и «эмоциональный ответ на воспринимаемую потерю» и «процесс, характеризующийся поведенческими и психологическими проявлениями» [106]. Тем не менее, концепции когнитивной оценки и модели, основанные на переживании горя, не противоречат друг другу – процесс переживания травмы как горя всегда связан с когнитивными оценками ситуации, в свою очередь, вызывающими эмоциональный ответ.

Учитывая вышесказанное, становится очевидной необходимость интеграции имеющихся концепций в единую модель, описывающую весь процесс получения травмы и восстановления после нее, а также факторов, предшествующих травматизации, поскольку каждая из представленных концепций выглядит весьма однобокой, несмотря на глубокую проработку той или иной стороны феномена спортивной травмы и ее влияния на психологическое состояние спортсмена.

1.4.2 Интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму

Исследователи сошлись во мнении о необходимости учета пре- и посттравматических факторов в комплексе, в связи с чем в 1998 г., одновременно с выходом пересмотренной и дополненной модели Уильямс и Андерсена, американским психологом Д. Визе-Бьорнстал совместно с коллегами была создана интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму и процесс реабилитации после нее [160]. Концепция активно используется зарубежными специалистами по сей день.

Ядром интегральной модели психологического реагирования на спортивную травму и восстановительный процесс является положение о том, что претравматические [82] и посттравматические [162] факторы оказывают комплексное влияние на психологический ответ, а также что само понятие психологического ответа необходимо рассматривать как динамически меняющееся во времени явление, восстановление после травмы – это не только процесс, но и комплексный физический и психологический результат (Рисунок 1).

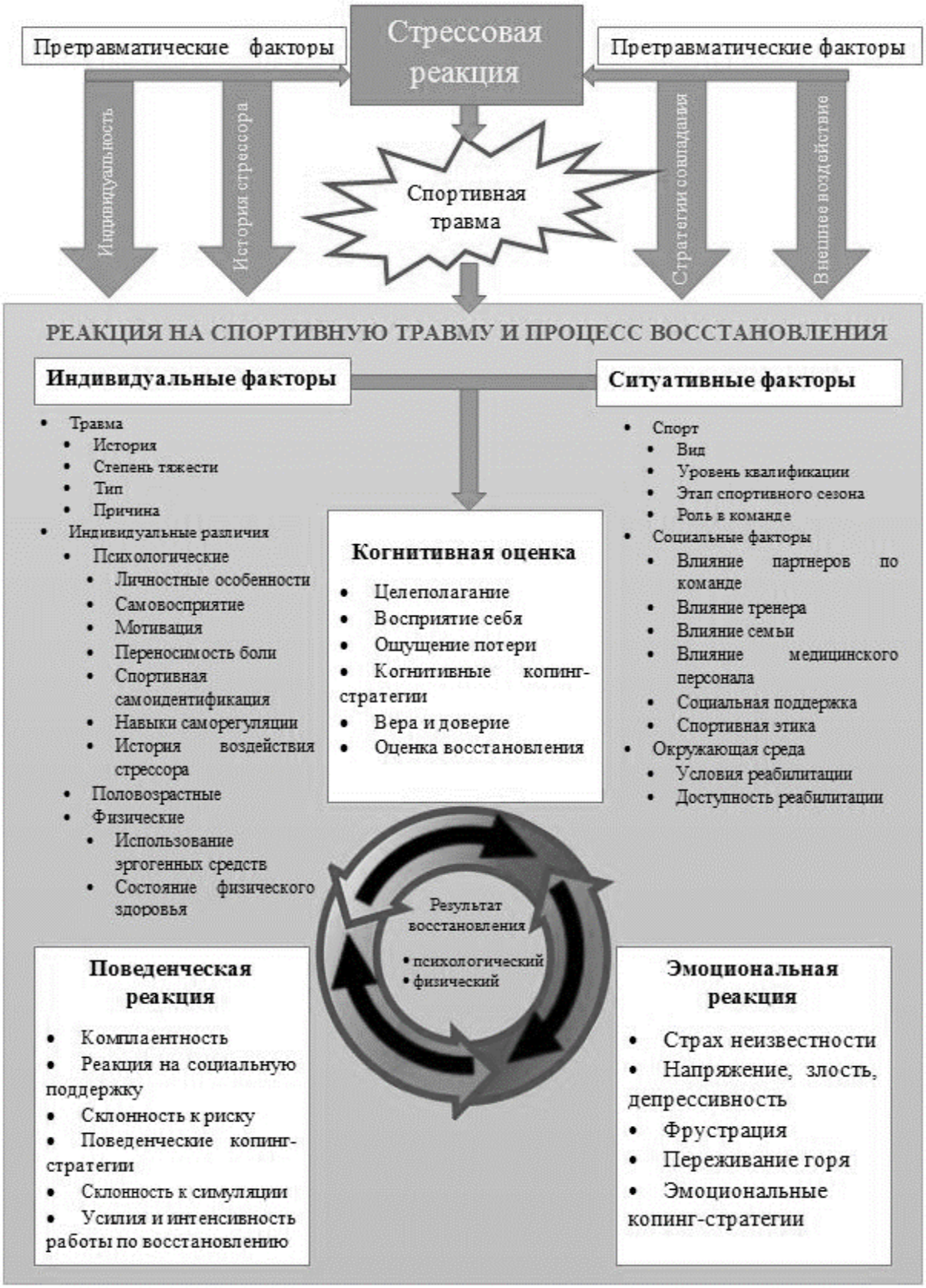


Рисунок 1 - Интегральная модель психологического реагирования на спортивную травму и восстановительный процесс [160]

Стрессор, приводящий к травме, описанный Уильямс и Андерсеном [163], после наступления травматического эпизода замещается другим стрессором, в качестве которого выступает сама травма. Личностные и ситуативные факторы, представленные в модели, постоянно изменяются на фоне динамического процесса и, таким образом, продолжают оказывать влияние на ядро психологического реагирования. Двунаправленные стрелки в ядре модели показывают динамический характер процесса восстановления. Хотя преобладающим является влияние когнитивных оценок на эмоциональное реагирование, которое, в свою очередь, влияет на поведение, безусловно, существует и обратное влияние. Нужно также представлять это динамическое ядро как трехмерную спираль, направленную вверх в случае успешного восстановления, или вниз, если результаты восстановления отрицательны.

Для понимания реализации данной концепции на практике, необходимо рассмотреть отдельно каждый компонент ядра – когнитивную оценку, эмоциональный ответ, поведенческий ответ.

Спортсмены подвергают множество факторов когнитивной оценке. Безусловно, степень глубины и широты оценивания зависит от индивидуальных особенностей личности, а также сложившейся ситуации, однако существуют факторы, подвергающиеся оценке наиболее часто. Среди них попытки анализировать причины травмы, контролировать восстановительный процесс, прогнозировать сроки восстановления и перспективы успешного возвращения в спорт. Спортсмены также оценивают собственные возможности в отношении переживания травмы и процесса восстановления.

Здесь крайне важным являются уровень изначальной самооценки спортсмена. А также то, каким образом травма повлияла на самовосприятие, какие изменения в самооценке произошли под воздействие травматической ситуации. В данном аспекте проведено большое количество исследований за рубежом, имеющих противоречивые результаты [95,139,151,152,92]. По данным одних экспериментов, уровень самооценки у спортсменов, перенесших травму, достоверно снижается [95,139], по другим данным уровень самооценки

спортсменов, имеющих травму, и никогда не травмированных не имеет достоверных различий [92,151]. Однако в исследованиях, где объектом являлся не общий уровень самооценки, а дифференцированные показатели физической и спортивной самооценки, очевидно наблюдается разница между результатами травмированных и не имеющих травму спортсменов – ниже оказалась именно спортивная самооценка [100,134].

Вторым компонентом ядра модели психологического реагирования на спортивную травму является эмоциональный ответ. Данному феномену посвящено большое количество исследований [151,152]. В частности, такой компонент эмоционального ответа как настроение в процессе реабилитации изменяется U-образно, что соответствует динамике изменения восприятия спортсменом травмы (фактор, относящийся к когнитивной оценке) [138,152]. Говоря об общих тенденциях динамики настроения, стоит отметить, что у высококвалифицированных спортсменов довольно редко встречается зафиксированная клиническая депрессия. В целом, их настроение соответствует показателям контрольных групп в исследованиях Смита и коллег [151], по крайней мере для спортсменов, перенесших легкие и средней степени тяжести травмы.

Интересные выводы получены в аспекте влияния отрицательных эмоций на процесс и результат восстановления. Моррей [140] в своем исследовании доказал, что спортсмены, принимающие участие в соревнованиях, имеют более высокий уровень негативных эмоциональных реакций – фрустрации, гнева и депрессии, нежели люди, занимающиеся спортом с целью самосовершенствования. Однако, вероятно, эти состояния являются для спортсменов мотиватором к возвращению в спортивную деятельность, в связи с чем их реабилитация проходит быстрее [140].

Вероятно, если в определенных ситуациях отрицательные эмоции гнева и фрустрации, которые часто интерпретируется спортсменами как «готовность к борьбе», контролируются и фокусируются, они действительно могут трансформироваться в боевой дух. В свою очередь, это может оказать положительное влияние на прохождение реабилитационного периода. Подобных исследований обнаружить не удалось, однако, на данный момент необходимо, по

крайней мере, избегать непроверенных предположений о том, что все отрицательные эмоции неизбежно наносят ущерб восстановлению.

Поведенческий ответ непосредственно связан с эмоциональным, в первую очередь это касается выбора поведенческого копинга в процессе реабилитации и возвращения в спортивную деятельность. Различия в поведенческом реагировании, безусловно, наблюдаются в проявлении комплаентности травмированных спортсменов, принятии или отрицании социальной поддержки, а также интенсивности прилагаемых усилий самим спортсменом для возвращения в спорт [2,8,10,12,24,27,30].

Еще одним важным аспектом влияния на психологическое реагирование спортсмена в интегральной модели Визе-Бьернстал является социальный компонент, который рассматривается с точки зрения прямого фактора, формирующего когнитивную оценку ситуации. Необходимо отметить, что, помимо личного влияния участников процесса реабилитации, необходимо рассматривать еще и общий социокультурный аспект спорта, который заключается, как правило, в игнорировании травм в погоне за спортивной победой [160]. В исследованиях Фрея поднимается вопрос спортивной «культуры риска», подразумевающий под собой восприятие спортсменами высокой вероятности получения травм как должного, как неотъемлемой части спортивной деятельности. Более того, ценности спортивного мира таковы, что тренеры, товарищи по команде и болельщики отрицательно оценивают спортсмена, который отказывается играть через боль [113].

Интегрированная модель Визе-Бьорнстал и коллег рассматривается как наиболее полная теоретическая концепция, объясняющая психологический процесс прохождения спортсмена через ситуацию травмы, включая предпосылки возникновения травмы, реабилитацию и возвращение к активности [154]. Она широко использовалась исследователями в исходном виде, а позднее была модифицирована разработчиком для описания похожего, но имеющего свои особенности психологического ответа на сотрясения головного мозга [161].

Вышеописанная концепция представляется наиболее целесообразной для использования в качестве базовой модели в нашем исследовании, поскольку ее структурные компоненты в полной мере отражают внутриличностные взаимосвязи, формирующиеся у спортсмена в процессе переживания травматического события. Такой подход наиболее точно отвечает поставленным задачам исследования, помогая выявить и структурировать диагностические и коррекционные мишени, что позволяет эффективно способствовать оптимизации психологического состояния спортсмена.

1.4.3 Биопсихосоциальная модель психологического реагирования на спортивную травму

Несмотря на постоянно растущую популярность, интегрированная модель подвергается критике за отсутствие включения биологических факторов, влияющих на возникновение травм, реабилитацию и возвращение в спортивную деятельность [154,155].

В 2007-2009 гг. была предпринята попытка разработать биопсихосоциальную модель реабилитации после спортивных травм, направленная на нивелирование разрыва между медицинскими и психологическими моделями [86].

Биопсихосоциальная модель (Рисунок 2) состоит из семи взаимосвязанных блоков. 2 блока представляют собой объективные параметры травмы и социально-демографические характеристики; 3 блока включают факторы влияния на процесс восстановления: биологические факторы, психологические факторы, социальные факторы; отдельно выделены промежуточные «биопсихологичские» результаты; завершается модель блоком результатов реабилитации спортивной травмы.

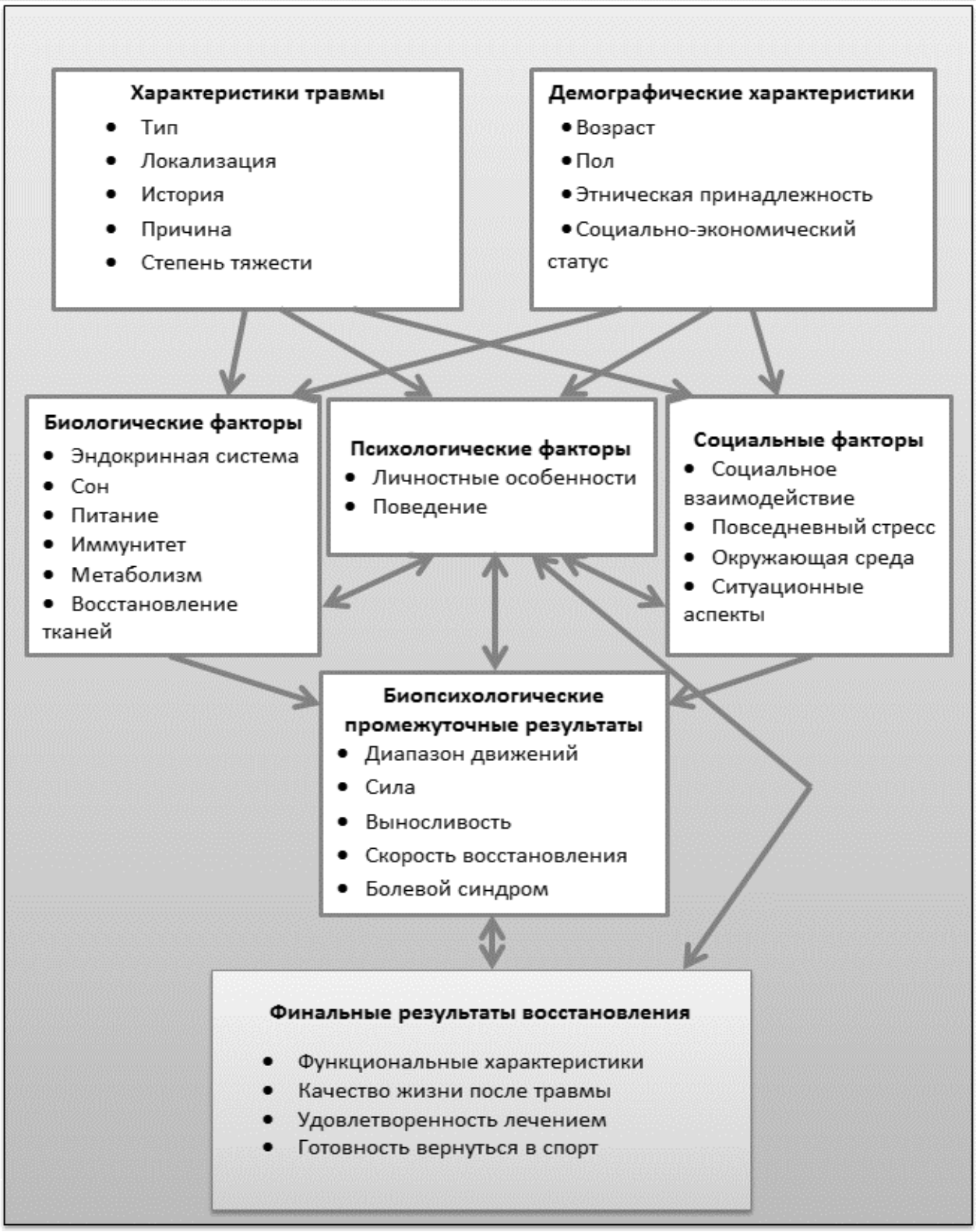


Рисунок 2 - Биопсихосоциальная модель психологического реагирования на спортивную травму [89]

Согласно концепции, процесс реабилитации начинается сразу с момента возникновения травмы. Локализация повреждения, тип, причина и тяжесть травмы,

а также травматический опыт спортсмена, социально-демографические факторы, такие как возраст спортсмена, пол, этническая принадлежность или социально-экономический статус, являются факторами, влияющими на биологические, психологические, а также социальные аспекты. Впоследствии эти три группы факторов влияют на промежуточные результаты, такие как диапазон движений, сила и выносливость мышц, восприятие боли, а также длительность восстановления. Наконец, промежуточные результаты влияют на финальные результаты реабилитации, такие как функциональные характеристики, качество жизни после травмы, удовлетворенность лечением, а также готовность и желание вернуться в спорт [87,89].

Биопсихосоциальная модель подчеркивает двунаправленную взаимосвязь между промежуточными результатами реабилитации и психологическими факторами, что не находит отражения в предыдущих теоретических концепциях. Однако, несмотря на то, что изначально биопсихосоциальная модель видится привлекательной, особенно с точки зрения применения и отражения результатов психологической коррекции за счет наличия промежуточного блока, она имеет крупный недостаток. Модель не может объяснить детали циклического взаимодействия между когнитивной оценкой, эмоциями и поведением в той мере, в какой делает это вышеописанная интегральная модель [160].

Таким образом, в контексте изучения психологических аспектов спортивного травматизма все вышеупомянутые теоретические модели заслуживают внимания. Несмотря на различия, во всех моделях прослеживается общая закономерность: психологическая и физическая реабилитация и процесс возвращения к спортивной деятельности зависят от когнитивных оценок спортсменов и следующих за ними эмоциональных и поведенческих реакций, которые будут в свою очередь влиять на результаты восстановления. Этот процесс носит циклический характер; спортсмены с тенденцией к отрицательной когнитивной оценке и эмоциям до травмы чаще демонстрируют сходное реагирование в процессе реабилитации и возвращения к спортивной деятельности. В основе причин возникновения травмы, а также процесса реабилитации, по мнению большинства авторов, находится

стрессовая реакция, которая, если ее не скорректировать должным образом (самостоятельно или с помощью специалистов), может повысить риск последующей травматизации.

В контексте данной работы, считаем наиболее целесообразным в качестве базовой модели исследования психологических особенностей спортсменов, перенесших травму опорно-двигательного аппарата, использовать интегральную модель психологического реагирования на спортивную травму [160], как наиболее полно отражающую психологические процессы, происходящие во время реабилитации с момента получения травмы до возвращения в спорт.

1.5 Заключение

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы подтвердил, что спорт высших достижений относится к экстремальной деятельности, однако имеются принципиальные отличия, обусловленные, в первую очередь, социокультурным контекстом восприятия спорта. при работе со спортсменами, на наш взгляд, целесообразно учитывать психологические закономерности, являющиеся типичными для представителей «экстремальных» профессий, однако с целью наиболее эффективного психологического сопровождения профессиональной деятельности спортсменов высокого класса необходимо производить тщательный подбор и, при необходимости, адаптацию любых воздействий психологического характера, а также контролировать их выполнение спортивным психологом, прошедшим специализированную подготовку, знающим особенности тренировочно-соревновательного процесса и личности спортсмена.

Для спорта высших достижений характерны специфические стрессоры, воздействующие на спортсмена. Такие стрессоры могут являться факторами, как повышающими риск травматизации, так и влияющими на восприятие и переживание уже произошедшего травматического случая. Наиболее полная теоретическая концепция, объясняющая психологический процесс прохождения спортсмена через ситуацию травмы, включая предпосылки возникновения травмы,

реабилитацию и возвращение к активности представлена в Интегральной модели психологического реагирования на спортивную травму и восстановительный процесс [162].

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика обследованного контингента, дизайн и этапы исследования

Участие в исследовании осуществлялось на основании согласия о добровольном участии. Исследование выполнено в соответствии с требованиями Хельсинской декларации (в РФ, согласно ГОСТ Р52379-2005 о «Надлежащей клинической практике») и Мадридского кодекса, оговаривающего этические принципы психотерапии. Участники исследования не находились в какой-либо зависимости от исследователей и могли беспрепятственно прекратить исследование.

Всего в исследовании приняли участие 221 человек, спортсмены спортивных сборных команд Российской Федерации по различным видам спорта, предполагающим высокую физическую нагрузку (единоборства, спортивные игры, сложнокоординированные виды спорта, скоростно-силовые виды спорта, циклические виды спорта), обоего пола, в возрасте от 18 до 35 лет, спортивная квалификация не ниже мастера спорта.

Критериями включения испытуемых в выборку являлись:

1. Возраст от 18 до 35 лет;
2. Спортивная квалификация не ниже мастера спорта;
3. Для испытуемых второго и последующих этапов исследования – нахождение на стационарном лечении после травмы опорно-двигательной системы тяжелой степени тяжести.

Критериями невключения испытуемых в выборку являлись:

1. Возраст до 18 лет и выше 35 лет;
2. Наличие нервно-психических расстройств;

Критериями исключения испытуемых из исследования являлись:

1. Острые неврологические заболевания;

2. Острые соматические заболевания (за исключением травмы опорно-двигательной системы);
3. Отрицательная динамика течения основного заболевания (травмы);
4. Отказ от участия на любом этапе исследования;
5. Наркотическая зависимость, алкогольное и токсичное опьянение;

В соответствии с поставленными задачами, исследование было разделено на три этапа (рисунок 3).

Рисунок 3 – Схема диссертационного исследования

На первом этапе проведен ретроспективный анализ психологического состояния спортсменов, перенесших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся в спорт высших достижений. Проанализированы результаты «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» [81], полученные в результате многолетних наблюдений за спортсменами в рамках системы УМО (2015-2019 гг.). Было изучено 16570 записей УМО, принадлежащих 7996 спортсменам сборных команд Российской Федерации. Для дальнейшего анализа в соответствии с критериями включения сформированы две группы

высококвалифицированных спортсменов различных видов спорта: Группа I (основная) – спортсмены, имеющие в анамнезе травмы опорно-двигательной системы легкой или средней степени тяжести, имеющие результаты психодиагностического тестирования по опроснику невротических состояний за 1-2 месяца до и через 4-5 месяцев после травмы; Группа II (контрольная) – спортсмены, не имеющие в анамнезе травм в течение 1 года, имеющие результаты 2-х психодиагностических тестирований по опроснику невротических состояний в течение того же года.

Группа I включала 41 спортсмена (20 мужчин, 21 женщина, средний возраст – 22,4±5,03).

Критерии включения в Группу I:

- спортсмен сборной команды России от 18 до 35 лет;

- имеет в анамнезе травму опорно-двигательной системы;

- имеет результаты психодиагностического тестирования при помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» за 1-2 месяца до и через 4-5 месяцев после травмы.

Группа II включала 41 спортсмена (21 мужчина, 20 женщин, средний возраст – 21,9±6,91).

Критерии включения в Группу II:

- спортсмен сборной команды России от 18 до 35 лет;

- имеет 2 записи о результатах психодиагностического тестирования при помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» в течение 1 года;

- не имели травм опорно-двигательной системы между двумя вышеуказанными записями.

Распределение испытуемых в группах по половозрастным критериям представлено в Таблице 1.

Таблица 1 - Распределение испытуемых по полу и возрасту в Группе I и Группе II (n=82)

Группа	Пол (чел)		Возраст (M±SD)
	Мужчины	Женщины	
Группа I (n=41)	20	21	22,44±5,03
Группа II (n=41)	20	21	21,90±6,91

Обе группы спортсменов сопоставимы по демографическим и профессиональным критериям (p>0,05).

На втором этапе объектом исследования являлись спортсмены, получившие травму опорно-двигательной системы в процессе спортивной деятельности и находящиеся на стационарном лечении. В исследование были включены 139 спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации, имеющих травму опорно-двигательной системы тяжелой степени.

Критерии включения:

1. Спортсмены сборной команды России обоего пола в возрасте от 18 до 35 лет, спортивная квалификация не ниже мастера спорта;

2. Пребывание на стационарном лечении после травмы опорно-двигательной системы;

3. Травма опорно-двигательной системы получена не ранее 6 месяцев до момента поступления на лечение.

Распределение испытуемых по половозрастным критериям представлено в Таблице 2.

Таблица 2 - Распределение испытуемых по полу и возрасту (n=139)

	Количество (чел)	**Процент (%)**	**Возраст (M±SD)**
Мужчины	75	54,0	23,21±4,54
Женщины	64	46,0	23,25±4,58
Всего	139	100,0	23,23±4,54

На рисунке 4 представлено распределение испытуемых по видам спорта. 38,8% испытуемых (54 человека) являются представителями единоборств, что подтверждает имеющуюся статистику о высоком травматизме среди видов спорта, классифицируемых как единоборства. 29,5% (41 человек) занимаются игровыми видами спорта. В спортивных играх большая вероятность получения травмы обуславливается высокой степенью контактности с соперником, что привносит элемент получения повреждения по независящим от спортсмена причинам.

Остальные виды спорта представлены меньшим количеством спортсменов. Вне зависимости от принадлежности к виду спорта спортсмен испытывает психологические переживания травматического случая, поэтому в нашем исследовании неоднородное представительство видов спорта допустимо.

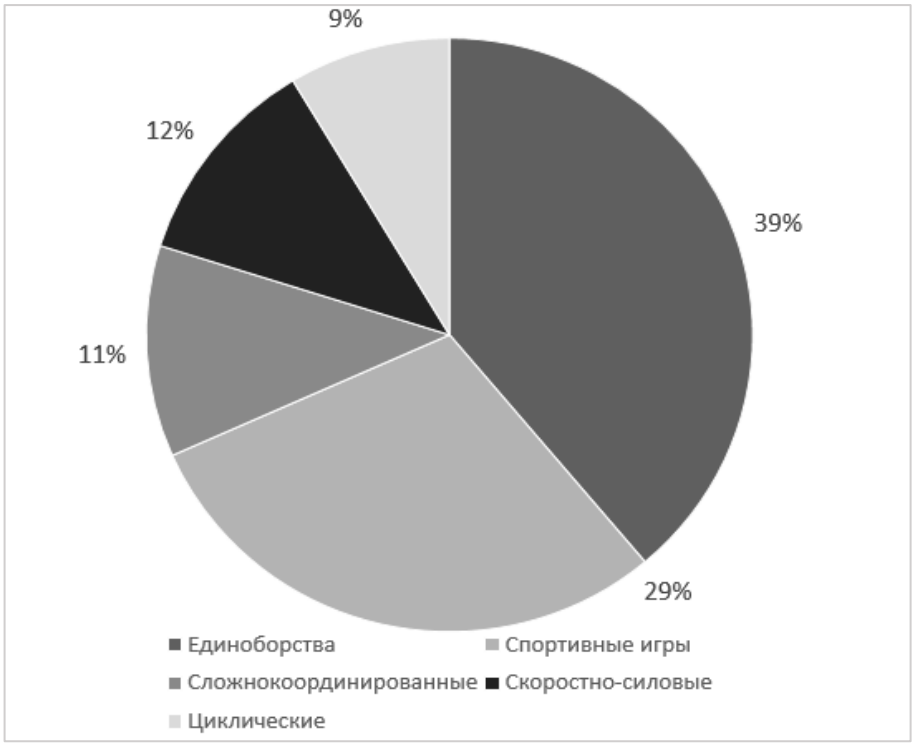


Рисунок 4 – Распределение спортсменов в выборке по группам видов спорта в соответствии с олимпийской классификацией

По локализации повреждения на теле спортсмены в выборке распределились следующим образом (Таблица 3). Наиболее распространенные травмы в выборке, как и в спорте высоких достижений в целом, – повреждения коленного сустава, в частности связочного аппарата и менисков (68,3%).

Таблица 3 – Распределение спортсменов в соответствии с локализацией травмы (n=139)

Локализация травмы	Количество, чел	Процент, %
Коленный сустав	95	68,3
Плечо	20	14,4
Голеностопный сустав	7	5,0
Локтевой сустав	5	3,6
Бедро	4	2,9
Кисть	4	2,9
Стопа	4	2,8
Всего	139	100

На начальном этапе пребывания в стационаре (1-3 день) спортсменам проведена комплексная диагностика психологического состояния, состоящая из опросников, визуально-аналоговых шкал (первая контрольная точка). Все используемые методики являются стандартными для изучения психологического состояния, они валидизированы, надежны, стандартизованы, опубликованы и используются специалистами в области психологии и медицинской психологии.

На основании результатов диагностики отношения к болезни спортсмены были отнесены к одной из двух групп: (Таблица 4):

Группа 1 – «Спортсмен нуждается в психокоррекции» (69 человек);

Группа 2 – «Спортсмен не нуждается в психокоррекции» (70 человек).

Таблица 4 - Распределение по полу и возрасту в группах (n=139)

Группа	Пол (чел)		Возраст (M±SD)
	Мужской	Женский	
Группа 1	36	33	23,87±5,18
Группа 2	39	31	22,60±3,75
Всего	75	64	23,23±4,54

Группы были сопоставимы по возрастным и гендерным признакам ($p>0,05$).

На третьем этапе исследования спортсмены Группы 1 были разделены на 2 группы: основную (Группа 1А, 39 человек) и контрольную (Группа 1Б, 30 человек). Полученные группы также были сопоставимы по возрастным и гендерным признакам (p>0,05) (Таблица 5).

Таблица 5 - Распределение по полу и возрасту в Группе 1А и Группе 1Б (n=69)

Группа	Пол (чел)		Возраст (M±SD)
	Мужской	Женский	
Группа 1А	20	19	24,31±5,19
Группа 1Б	16	14	23,30±5,19
Всего	36	33	23,80±5,19

Со спортсменами из Группы 1А, проведен ряд психокоррекционных сессий, основанных на принципах когнитивного психотерапевтического направления. Спортсмены Группы 1Б не были подвергнуты психокоррекционному воздействию, однако им была дана возможность проконсультироваться с психологом по вопросам переживания спортивной травмы дистанционно при возникновении такой потребности.

Все психокоррекционные сессии носили исключительно добровольный характер и встраивались в реабилитационный процесс в соответствии с режимом дня пациентов.

После завершения психокоррекции спортсмены Группа 1А прошли психометрическое тестирование, включающее определение типа отношения к болезни, оценку невротических состояний, уровня субъективного контроля, а также анализ копинг-поведения в стрессовых ситуациях. Последний опросник давался пациентам с адаптированной инструкцией. Формулировка «Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом» была заменена на формулировку «С какой вероятностью вы повели бы себя подобным образом», то есть спортсмен имел возможность спрогнозировать свое поведение с учетом приобретенных знаний и умений.

Пациенты Группы 1Б также прошли психометрическое тестирование через 1 месяц после первой диагностической точки.

Результаты повторной психодиагностики были проанализированы и сравнены с данными, полученными до проведения психокоррекционных мероприятий.

2.3 Методы и методики психодиагностики

Исследование личностного и психологического статуса пациентов проводилось с помощью клинической беседы, а также на основании применения психометрических методик, которые, по нашему мнению, давали наиболее объективные характеристики испытуемых, были доступны в использовании и позволяли сопоставить полученные данные с отечественными и иностранными источниками.

При проведении психологического обследования изучались следующие психологические аспекты:

– Когнитивный компонент – отношение спортсмена к травме;

– Поведенческий компонент – копинг-поведение в стрессовой ситуации;

– Эмоционально-волевой компонент.

Для исследования отношения спортсмена к травме применялась методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) [49], бланк опросника приведен в Приложении 8.

ТОБОЛ (тип отношения к болезни) - клиническая тестовая методика, направленная на диагностику типа отношения к болезни, созданная сконструирован коллективом авторов: Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова в 1987 году в НИИ им. Бехтерева. 12 типов реагирования, диагностируемые тестом: сенситивный, тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический, неврастенический, эгоцентрический, паранойяльный, анозогнозический, дисфорический, эргопатический и

гармоничный, авторами были поделены на 3 блока: условно-адаптивный, интрапсихически-дезадаптивный и интерпсихически-дезадаптивный.

Для составления текста теста были выбраны 12 наиболее важных, по мнению автора, жизненных сфер, отражающих систему отношений личности: отношение к болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита.

Испытуемому предъявляется бланк с 12 группами утверждений, от 10 до 16 утверждений в каждой. В каждой группе он должен выбрать одно или максимум два утверждения, которые наиболее полно описывают его состояние. Ответы фиксируются на отдельном листе с таблицей для регистрации результатов.

Для исследования поведенческого компонента психики спортсменов использовалась методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях CISS», бланк опросника приведен в Приложении 5.

Методика CISS была разработана Н.С. Эндлером в соавторстве с Д.А. Паркером в 1990 г. [48]. Она состоит из сорока восьми утверждений, которые группируются в три фактора. Каждый из трех факторов представлен шкалой из шестнадцати вопросов, третий фактор — избегание — имеет две субшкалы: отвлечение и социальное отвлечение.

CISS измеряет три основных стиля совладания: стиль, ориентированный на решение задачи, проблемы (проблемно-ориентированный стиль (ПОК), или копинг), эмоционально-ориентированный стиль (ЭОК) и стиль, ориентированный на избегание (КОИ). Методика CISS была переведена с английского языка на Т. Л. Крюковой в 2001.

Содержащиеся в опроснике шкалы достаточно автономны относительно друг друга. Таким образом, опросник дифференцирует людей с различными стилями поведения в стрессовой ситуации и может применяться для диагностики совладающего поведения у взрослых людей [34].

Для исследования эмоционально-волевой сферы использованы следующие методики:

1. Опросник «Уровень субъективного контроля» (бланк опросника приведен в Приложении Е);

2. «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» (бланк опросника приведен в Приложении Ж).

3. Визуально-аналоговые шкалы (интенсивность боли, самочувствие, настроение, качество сна).

Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) Дж. Роттера адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голыкиной, А.М. Эткиндом (Приложение 6).

В основе данной методики лежит концепция локуса контроля Дж. Роттера [148]. Всего опросник УСК состоит из 44 пунктов.

Опросник сбалансирован по следующим параметрам:

1) по интернальности-экстернальности — половина из пунктов опросника сформулирована таким образом, что положительный ответ на них дадут люди с интернальным УСК, а другая половина сформулирована так, что положительный ответ на нее дадут люди с экстернальным УСК;

2) по эмоциональному знаку — равное количество пунктов опросника описывают эмоционально позитивные и эмоционально негативные ситуации;

3) по направлению атрибуций — равное количество пунктов сформулировано в первом и третьем лице.

Для увеличения спектра возможных применений опросника он сконструирован в двух вариантах, различающихся форматом ответов испытуемых. Вариант А, предназначенный для исследовательских целей, требует ответа по 6-балльной шкале «-3, -2, -1, +1, +2, +3», в которой ответ «+3» означает «полностью согласен», «-3» — «совершенно не согласен» с данным пунктом. Вариант Б, предназначенный для клинической психодиагностики, требует ответов по бинарной шкале «согласен — не согласен». В нашем исследовании применялся Вариант Б.

«Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» разработан в 1978 году К.К. Яхиным, Д.М. Менделевичем и предназначен для

диагностики психологического состояния испытуемого с целью выявления признаков дезадаптации (Приложение 7). В опроснике предлагается 68 вопросов, отвечая на которые обследуемый должен оценить свое текущее состояние по 5-балльной системе. Методика имеет 6 диагностических шкал, что позволяет получить информацию различного характера. Шкалы оценивают уровень тревоги, невротической депрессии, астении, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений, вегетативных нарушений [81].

Визуально-аналоговые шкалы использовались в качестве мониторинга самочувствия и настроения спортсменов. Диагностика поводилась 2 раза в неделю на утреннем обходе. Пациентам предъявлялся специально разработанный бланк с ВАШ по четырем позициям: интенсивность боли, самочувствие, настроение, качество сна. Задача пациента состояла в определении своего состояния по 10-бальной шкале интенсивности по каждой из позиций. Также у спортсменов была возможность запросить внеплановую консультацию психолога. Пример заполненного бланка ВАШ представлен на Рисунке 5.

Рисунок 5 – Пример заполненного бланка ВАШ

2.4 Методы психокоррекции

Индивидуальные психокоррекционные сессии проводились медицинским психологом в течении 30-40 минут и опирались, в первую очередь, на конкретный запрос пациента. Содержание сессии выстраивалось в зависимости от индивидуально-психологических особенностей пациента, выявленных симптомов-мишеней коррекции, степени тяжести и характера травмы, а также этапа реабилитации. За методологическую основу было взято когнитивное психотерапевтическое направление (Приложение 2) [78].

Общая структура психокоррекционного вмешательства соответствовала существующим стандартным протоколам и включала в себя следующие этапы:

- заключение психотерапевтического соглашения,
- проведение интервью по общепринятой схеме,
- формирование списка симптомов-мишеней,
- коррекция,
- оценка эффективности коррекции.

Психокоррекционная программа была направлена на выявление дезадаптивных мыслей и убеждений, лежащих в основе индивидуальных когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций спортсменов на травму, с их последующей проработкой; формирование желаемых, реалистичных и достижимых целей на будущее, а также коррекцию имеющихся; обучение техникам релаксации, саморегуляции и базовым принципам идеомоторной тренировки.

Психокоррекция включала в себя следующие блоки:

1. Информирование по теме психологии переживания спортивной травмы (основные причины возникновения и факторы влияния, проявления переживаний, последствия для возвращения в спорт);

2. Выявление основных дезадаптационных мыслей и убеждений (симптомов-мишений), лежащих в основе переживаний спортивной травмы;

3. Выявление негативных проявлений дезадаптивного отношения к лечению, определенного на основе психодиагностики, развитие принимающей позиции, мотивации к лечению;

4. Планирование целей, выявление и коррекция ошибок планирования;

5. Формирование и развитие навыков саморегуляции, обучение релаксации, основам идеомоторной тренировки.

Когнитивная программа психокоррекции строилась в соответствии со стандартными протоколами сессий (Приложение).

В программе психокоррекции были использованы следующие техники:

1. ABC-анализ

Спортсмену разъясняется сущность когнитивного подхода на модели ABC. В форме вопрос-ответ транслируется концепция взаимосвязи между событиями, происходящими в жизни человека, и его реакциями. Акцентируется внимание на различии реакций разных людей на одно и то же событие.

Далее спортсмену предъявляется формула: A_____ B _____C. Ему разъясняется, что буквы обозначают разные явления:

- A - активизирующее событие (activating event), ситуацию, в которой человек оказался, толчок из внешнего мира, стимул — все, что обусловливает процесс реагирова-ния в целом;

- B - представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы (beliefs), которые человек делает относительно A;

- C - последствия (consequences) A. Это могут быть чувства или действия (поведение).

Далее необходимо объяснить спортсмену суть автоматических мыслей и их влияние на последующую реакцию. Необходимо рассмотреть на личных примерах из жизни спортсмена закономерность возникновения автоматических мыслей и следующих за ними реакций. После осознания и понимания спортсменом основных положений концепции, ему предлагается попробовать отслеживать и фиксировать автоматические мысли, записывая их в специальную ABC-таблицу, таким образом структурируя взаимосвязь «Событие-Автоматическая мысль-Реакция»

Для достижения лучшего результата и повышения мотивации к отслеживанию автоматических мыслей необходимо совместно провести ABC-анализ какого-либо переживания спортсмена. После этого спортсмен переходит к самостоятельному выявлению автоматических мыслей методом ABC-анализа.

2. Базовые техники по коррекции дезадаптивных убеждений

Использовались техники Сократический диалог, Декатастрофизация, Переформулирование иррациональных автоматических мыслей, Исследование выгод и издержек, Управление силой верования, Реатрибуция, создание ВАШ.

3. Мотивационный тренинг

Мотивация определяется как направленность и интенсивность усилий на что-либо, где направленность относится к ситуациям, а интенсивность усилий к тому, сколько энергии направлено в конкретной ситуации. Примером высокой мотивации является травмированный пациент, который всегда готов к сеансу реабилитации и выполняет каждую задачу на пределе своих возможностей. Низкомотивированные пациенты часто пропускают сеансы реабилитации или выполняют упражнения без старания, не прикладывая необходимых усилий. В целом вышеописанные методики психологического воздействия - это способы мотивации спортсменов во время лечения травм. При разработке программы психологической коррекции специалисты должны учитывать индивидуальность личности и особенности среды, в которой находится спортсмен. Например, некоторым травмированным пациентам может понадобиться большая группа поддержки, чтобы сформировать нужную мотивацию, тогда как другие изначально более мотивированы, находясь наедине с собой. Также нельзя забывать про такой механизм психологического воздействия, как групповая динамика. Например, можно вовлекать в сеансы психокоррекции пациентов со сходными травмами или психологическими проблемами.

4. Работа с внутренним диалогом, «Остановка мыслей»

Внутренний диалог включает все, что человек говорит вслух или думает о себе [117]. Данный процесс происходит в трех формах: положительный, отрицательный и инструктивный. Положительный внутренний диалог (например,

«Я могу это сделать!») используется в спорте для фокусировки или переориентации внимания, повышения мотивации и продвижения общего позитивного отношения в основном во время соревнований. И наоборот, следует избегать отрицательного внутреннего диалога (например, «У меня это не получится!»), так как это вредит результативности, усиливает беспокойство и способствует неуверенности в себе. Третий тип внутреннего диалога отличается от других типов, поскольку он напрямую не влияет на мотивацию. Задача инструктивного диалога (например, «Следить за мячом!») заключается в том, чтобы сосредоточить внимание на технических или тактических аспектах спорта с целью повышения результативности. Психолог, работающий с травмированными спортсменами, должен минимизировать негативный диалог и повышать позитивный и инструктивный, тем самым разрушая негативные установки и формируя навыки самомотивации.

Обучение спортсменов позитивному внутреннему диалогу способствует формированию установок на выздоровление, и приверженность лечению. Крайне важна идентификация самим пациентом негативных внутренних установок. Как средство их фиксации рекомендуется пациенту рекомендуется вести дневник, где необходимо записывать собственные отрицательные мысли и комментарии, которые, возможно, возникают в течение дня, или, в частности, во время психокоррекционной сессии. Это упражнение помогает осознать негативные тенденции внутреннего диалога и выделить ситуации, которые могут спровоцировать такой ответ.

После этого следует использовать концепцию остановки мысли. Пациент с помощью психолога придумывает простое триггерное слово или фразу, которая будут использоваться сразу после того, как возникнет негативная мысль, например, «Стоп!». Как только негативная мысль будет идентифицирована и остановлена, ее необходимо заменить на положительную. Фазы замещения должны быть реалистично позитивными, чтобы их можно было рассматривать как значимую замену. Обычно составляется список наиболее подходящих замещающих фраз для различных ситуаций, встречающихся у конкретного спортсмена [145]. Упражнения

с внутренним диалогом являются неотъемлемой частью когнитивно-поведенческого направления психокорекции.

5. Целеполагание

Постановление целей - это базовый процесс, затрагивающий все жизненные сферы человека. Метод эффективной постановки целей можно использовать в процессе восстановления после травм. Проведенные за рубежом исследования показали положительное влияние целеполагания на повышение мотивации к лечению [107,158]. Несмотря на то, что постановка целей производится человеком самостоятельно в течение всей жизни, не всегда это дает необходимый результат. Данный навык может быть развит при помощи психологического воздействия путем обучения и тренировок. Первичные отрицательные психосоциальные реакции травмированных спортсменов включают тревогу, беспокойство, гнев и проблемы с соблюдением режима лечения [132,134,99]. Недавнее исследование показало, что постановка целей является одной из лучших психосоциальных стратегий в решении этих проблем. Согласно литературе, постановка целей чаще всего рекомендуется специалистами по спортивной психологии за рубежом [109] и является одной из наиболее часто используемых психосоциальных стратегий во время восстановления после травм [84].

Чтобы эффективно использовать целеполагание в восстановлении, в первую очередь необходимо рассмотреть три основных типа целей: конечные цели, цели эффективности и цели процесса [94,120]. Конечные цели сфокусированы на результате. Для спортсменов это успешное возвращение к прежнему уровню профессионального мастерства. Для достижения конечной цели психологическое воздействие концентрируются на постановку краткосрочных целей эффективности. Например, после наиболее распространённой в спорте травмы ПКС краткосрочной целью может быть увеличение диапазона сгибания колена на 10 градусов по сравнению с предыдущим измерением за неделю до этого. Наконец, цели процесса еще более конкретны и связаны с отдельными компонентами, которые необходимо учитывать при восстановлении [156]. Например, при травме

ПКС целью процесса было бы восстановить функцию квадрицепса на ранних стадиях послеоперационной реабилитации.

Необходимо не только учитывать все три типа целей при определении краткосрочного и долгосрочного воздействия в процессе восстановления после травм, но также нужно следить за тем, как сформулирована цель. Не следует упускать из виду важность привлечения пациента к процессу постановки целей. Ниже приводятся основные принципы, которые могут повысить эффективность постановки целей в условиях реабилитации:

- Конкретность целей
- Постановка умеренно сложных, но реалистичных целей
- Постановка долгосрочных и краткосрочных целей
- Постановка целей в зависимости от типа
- Письменная фиксация целей
- Разработка конкретных планов для достижения целей
- Учет личностных и мотивационных особенностей пациента
- Содействие достижению целей пациента
- Эмоциональная поддержка в процессе достижения целей
- Формирование обратной связи и оценки в процессе достижения целей

6. Визуализация и идеомоторная тренировка

Визуализация традиционно представляет собой метод ментальной подготовки, используемый для создания или воссоздания опыта в уме для повышения результативности. Спортсмены высокого класса используют принципы визуализации в своей повседневной жизни при тренировках и подготовке к соревнованиям для улучшения концентрации, повышение мотивации, контроля эмоциональных реакций, дополнительной отработки спортивных элементов и движений, командного взаимодействия и пр. [141] Те же самые навыки применимы в процессе восстановления травмы. В дополнение к тому, чтобы помочь пациентам преодолеть физическую боль, визуализация может быть эффективна для восстановления паттерна движения, актуализации специфических спортивных элементов на идеомоторном уровне.

Данный метод не является общеприменимым, поэтому если спортсмен изначально не обучен его использованию, необходимо начинать с теоретических основ и оказывать поддержку в случае, когда у спортсмена не получается сразу понять суть метода, поскольку для достижения эффекта необходимо формирование специфического навыка.

Основными компонентами визуализации являются яркость и управляемость. Чтобы создать яркие и реалистичные изображения, необходимо подключить как можно больше сенсорных систем (зрительную, слуховую, обонятельную, кинестетическую и пр.), чтобы создать подробный образ движения или состояния. Также необходимо подкреплять созданный образ при помощи эмоциональной реакции.

Управление болью, восстановление движений, идеомоторная тренировка спортивных элементов - это особые навыки визуализации, которые могут быть включены в программу психокоррекции спортсменов на этапе восстановления после травм. При определении того, какие методы визуализации следует использовать, психолог должен сначала определить характер задачи, уровень навыка пациента и способность пациента к воображению [124]. Различные ситуации требуют разных типов визуализации, поскольку сценарии индивидуальны для спортсменов в острой фазе травмы (то есть визуализация внутренних процессов, происходящих в организме) по сравнению с тем, кто находится на этапе выздоровления и возвращения в спорт (то есть к профессиональным задачам).

Так же как процесс функциональной реабилитации, психологическое восстановление требует постоянной коррекции используемых методов. Изменение сценариев визуализации для удовлетворения меняющихся индивидуальных потребностей, способностей и интересов пациента заставляет их заинтересоваться процессом восстановления не только физически, но и ментально.

7. Релаксационные методы

Стрессовые ситуации вызывают сужение внимания, повышенную отвлекаемость и более высокий уровень мышечного напряжения, оказывающего

негативное воздействие на процесс восстановления [163]. Было показано, что использование методов глубокого дыхания или произвольной релаксации мышц во время функциональной реабилитации снижает беспокойство и боль и ускоряет физическое выздоровление [146].

Пациенты, сконцентрированные на физических, социальных и стрессовых факторах, связанных с травмой, могут быть не в состоянии полностью расслабиться, очистить свой разум и сосредоточить свое внимание на задачах реабилитации, которые они выполняют. Для борьбы с такими факторами используются методы релаксации (например, контроль дыхания, произвольная мышечная релаксация, медитация) в течение всего восстановительного процесса, пока не будет сформирован навык расслабления. Ключом к релаксации является использование особых методов дыхания. Этим методам можно быстро обучать пациента для использования в любое время, когда необходимо расслабиться, например, перед сном.

Обучение дыхательному контролю должно быть сосредоточено на плавном, глубоком и ритмичном дыхании с движением диафрагмы и медленным выдохом. Для обучения психолог просит пациентов мысленно разделить свои легкие на три части: нижняя, средняя и верхняя часть. Сначала пациент должен сосредоточиться на заполнении нижней части легких, выталкивая живот и опуская диафрагму. Чтобы заполнить среднюю треть, нужно расширить и слегка поднять грудную клетку. Чтобы закончить фазу вдоха, нужно продолжить вдыхать, пока грудь и плечи не поднимутся максимально высоко, и больше воздуха не может войти. Далее пациент задерживает дыхание на несколько секунд, прежде чем медленно выдохнуть, опуская ребра и плечи, втягивая живот и позволяя диафрагме подняться обратно в положение покоя. Процесс вдоха и выдоха должен происходить при соотношении 1:2 [164].

Другим типом техники снижения стрессового состояния является метод прогрессивной мышечной релаксации [47]. Он был разработан американским учёным и врачом Эдмундом Джекобсоном в 1920-х годах. Методика основана на простом физиологическом факте: после периода сильного напряжения любая

мышца автоматически глубоко расслабляется. Следовательно, чтобы добиться глубокой релаксации всех скелетных мышц, нужно одновременно или последовательно сильно напрягать все эти мышцы. Джэкобсон и его последователи рекомендуют максимально напрягать каждую мышцу в течение 5—10 секунд, а затем в течение 15—20 секунд концентрироваться на возникшем в ней чувстве расслабления. Важно сначала научиться распознавать чувство напряжения и затем отличать от него чувство расслабления.

2.5 Методы математической статистики

Для статистической обработки полученных данных использовался пакет статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 21 © SPSS Inc., а также программа STATISTICA © StatSoft Russia. Использовались следующие функции:

- дескриптивный анализ: вычисление и описание средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и других параметров описательной статистики;

- сопоставление эмпирического распределения данных с нормальным распределением с помощью критерия Колмогорова-Смирнова;

- анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для независимых выборок с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента;

- анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для связанных выборок с помощью параметрического Т-критерия Стьюдента с использованием модуля IBM SPSS Bootstrapping, с целью снижения влияние выбросов и аномальных наблюдений, имеющихся в данных, которые в противном случае могут существенно искажать получаемых результаты.

Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

ГЛАВА 3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Ретроспективный анализ психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся в спорт высших достижений

3.1.1 Введение

В процессе планирования основного исследования нами была выдвинута предварительная гипотеза о том, что спортсмены высшей квалификации, которые перенесли травму опорно-двигательной системы, то есть были вырваны из привычных жизненных условий и вынуждены были внезапно прервать тренировочный и соревновательный процесс, даже после успешного возвращения в спорт на прежний уровень мастерства, тем не менее, сохраняют некоторые следы перенесенной травмы, отражающиеся на их психологическом состоянии.

Это может проявляться в повышенном уровне тревоги, неуверенности, усилению проявлений ипохондрии, а также формированию обсессивно-фобического комплекса.

Возвращаясь в привычную обстановку после травмы, спортсмен может испытывать на себе как повышенное внимание со стороны социального окружения – тренерского штаба, медицинского персонала, партнеров по команде, администрации, так и, наоборот, поведение и отношение, демонстративно уравнивающее его с остальными спортсменами команды.

Согласно интегральной модели психологического реагирования на спортивную травму [160], психологическое восстановление не всегда завершается с возвращением спортсмена в общую тренировочную группу. Исходя из трехкомпонентного ядра модели реагирования (когнитивная оценка, эмоциональная реакция, поведенческая реакция), возвращаясь в команду, спортсмен снова проходит все этапы реагирования, поскольку, попадая в «старые» условия, он несет в себе новый опыт, приобретенный вследствие травмирования.

От социального окружения во многом зависит успешное прохождение спортсменом процесса реадаптации к тренировочно-соревновательным условиям.

Находясь в процессе восстановления, спортсмен уделяет своей травме повышенное внимание, так как все его действия и действия его окружения направлены на устранение последствий повреждения. Попадая в общую тренировочную группу, спортсмен должен изменить доминанту внимания, переключаясь на повседневную деятельность. Однако на практике так происходит не всегда. Спортсмена могут сопровождать страхи ретравматизации, влекущие за собой неуверенность в движениях, выполняемых с вовлечением травмированной части тела, тревожность, вызванная длительным отсутствием физической нагрузки и потерей места в основном составе команды, а также другие причины, препятствующие полноценному возвращению в спортивную деятельность.

3.1.2 Процедура исследования

С целью выявления и подтверждения отсроченного влияния спортивной травмы на психологическое состояние спортсменов после успешного функционального восстановления и возвращения на прежний уровень спортивного мастерства, было проведено ретроспективное исследование, заключавшееся в анализе медицинской документации спортсменов, входящих в состав сборной команды Российской Федерации, полученной в процессе прохождения регулярного УМО в соответствии с Приложением №3 «Положение по организации углубленных медицинских обследований спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации в медицинских организациях, подведомственных ФМБА России» Приказа Минздрава России от 30.05.2018 №88н «Об утверждении Порядка организации медико-биологического обеспечения спортсменов спортивных сборных команд Российской Федерации».

В обязательный перечень методов, включенных в УМО, входит обследование медицинским психологом. Помимо оценки когнитивной сферы и психофизиологической диагностики сенсомоторных реакций, в рамках УМО

проводится диагностика психологического состояния путем выявления признаков невротических состояний. Для этих целей используется «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний», разработанный К.К. Яхиным, Д.М. Менделевичем.

Задачей данного этапа исследования было определить наличие достоверных различий в психологическом состоянии спортсменов, вернувшихся на прежний уровень профессионального мастерства после перенесенной травмы опорно-двигательной системы, и спортсменов, не имеющих в анамнезе травм.

3.1.3 Результаты и обсуждения

В Группу I вошли 41 спортсмен (20 мужчин, 21 женщина, средний возраст – 22,4±5,03), имеющие в анамнезе травмы опорно-двигательной системы. Обязательным критерием включения в группу было наличие данных УМО за 1-2 месяца до и через 4-5 месяцев после переживания травматического эпизода, что свидетельствует об успешном функциональном восстановлении и возвращении в сборную команду России, то есть на прежний уровень мастерства.

В Группу II, группу контроля, были включены 41 спортсмен (21 мужчина, 20 женщин, средний возраст – 21,9±6,91). Испытуемые не имели травм опорно-двигательной системы за период между двумя УМО (6 месяцев).

В обеих группах были проанализированы результаты диагностики с использованием «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний».

На основе критерия Колмогорова-Смирнова для оценки нормальности распределения значений в выборке, можно сделать вывод о соответствии изучаемых групп нормальному распределению, следовательно, в дальнейшем имеет место использование параметрических критериев для анализа значимости различий в уровне выраженности количественных признаков как для связанных (оценка внутри групп), так и для независимых (оценка между группами) выборок.

В Таблице 6 представлены результаты диагностики психологического состояния спортсменов Группы I до травмы и Группы II в 1 точке исследования. Для определения достоверности различий между значениями двух групп был использован статистический Т-критерий Стьюдента для независимых выборок.

Таблица 6 - Результаты оценки психологического состояния спортсменов обеих групп в 1 точке исследования (n=82)

Шкала	Группа	N	M±SD, баллы	Достоверность различий между группами, p
Тревога	I	41	4,66±2,34	0,484
	II	41	4,21±3,31	
Невротическая депрессия	I	41	4,80±2,70	0,209
	II	41	3,97±3,21	
Астения	I	41	6,55±2,60	0,258
	II	41	5,83±3,10	
Истерический тип реагирования	I	41	4,81±1,81	0,120
	II	41	4,03±2,59	
Обсессивно-фобические нарушения	I	41	3,14±2,47	0,653
	II	41	2,87±2,96	
Вегетативные нарушения	I	41	9,77±4,65	0,430
	II	41	8,96±4,58	

Из таблицы видно, что результаты обеих групп по каждой из 6 шкал опросника не имеют статистически значимых различий. Наглядно результаты представлены в графической форме на Рисунке 6.

Рисунок 6 - Оценка психологического состояния спортсменов обеих групп в 1 точке исследования

Линией со значением 1,28 здесь и далее определена граница, заданная разработчиками опросника. Значения, находящиеся выше данной линии, свидетельствуют об отсутствии невротических состояний.

Как видно из рисунка, спортсмены обеих групп в первой точке исследования не демонстрируют проявлений невротизации. Группы не различаются между собой ни по половозрастным аспектам, ни по степени проявления признаков невротизации.

Следующим этапом исследования была оценка изменения психологического состояния спортсменов после перенесенной травмы опорно-двигательной системы и возвращения в национальную команду. Проанализирована динамика показателей невротизации в 1 и 2 точках исследования в Группе I и Группе II, а также проведено сравнение по шкалам опросника между Группой I и Группой II во второй точке исследования. Достоверность различий между значениями двух точек измерения внутри групп анализировалась при помощи Т-критерия Стьюдента для связанных выборок.

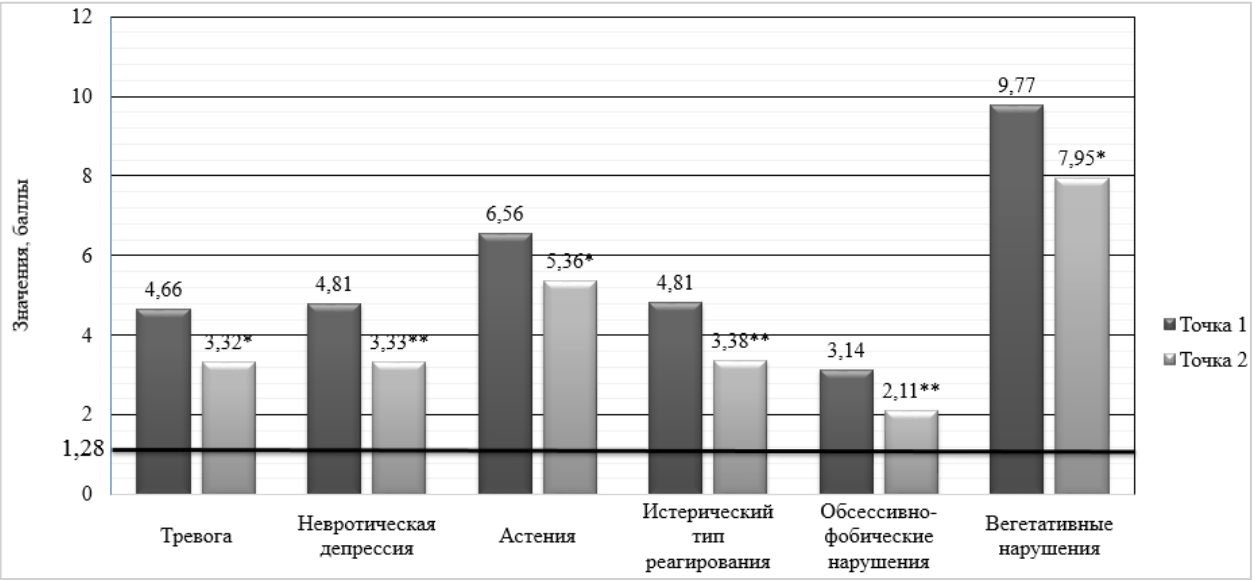
В результате получены значения, представленные в Таблице 7.

Таблица 7 - Динамика показателей уровня невротизации спортсменов Группы I (n=41) и Группы II (n=41) в 1 и 2 точке исследования (n=41)

Показатели уровня невротизации		1 точка (M±SD, баллы)	2 точка (M±SD, баллы)
Тревога	Группа I	4,66±2,34	3,32±3,07*
	Группа II	4,21±3,31	5,03±3,10^{+}
Невротическая депрессия	Группа I	4,80±2,70	3,32±2,94*
	Группа II	3,97±3,21	4,33±2,99
Астения	Группа I	6,55±2,60	5,35±2,95*
	Группа II	5,83±3,10	6,37±2,65
Истерический тип реагирования	Группа I	4,81±1,81	3,38±2,41*
	Группа II	4,03±2,59	4,43±2,46^{+}
Обсессивно-фобические нарушения	Группа I	3,14±2,47	2,11±2,98*
	Группа II	2,87±2,96	3,34±2,46^{+}
Вегетативные нарушения	Группа I	9,77±4,65	7,94±4,93*
	Группа II	8,96±4,58	9,95±4,60

Примечание: «*» - различия между значениями в 1 и 2 точке исследования в Группе I на уровне $p \leq 0,05$;
«+» - различия между группами во 2 точке исследования на уровне $p \leq 0,05$;

На Рисунках 7 и 8 результаты представлены в графическом виде.



*$p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Рисунок 7 - Динамика показателей уровня невротизации спортсменов Группы I

В Группе I наблюдается достоверное снижение показателей измеряемых параметров по каждой из шкал опросника.

Среднее значение шкалы тревоги до травмы составляло 4,66±2,34. После травмы спортсмены показали среднее значение 3,32±3,07 (p=0,025).

Значение по шкале невротической депрессии до травмы составляло 4,81±2,70. После травмы наблюдается снижение показателя до 3,33±2,94 (p=0,009).

Шкала астении до травмы – 6,55±2,60, после травмы – 5,35±2,95 (p=0,027).

Показатель, отражающий уровень истерического реагирования до травмы составлял 4,81±1,81, после травмы наблюдается снижение до 3,38 ±2,41 (p=0,001).

Шкала обсессивно-фобических нарушений до травмы имела среднее значение 3,14±2,47, после травмы значение снизилось до 2,11±2,98 (p=0,010). Показатель по данной шкале наиболее близок к проявлению невротизации. Такой уровень может свидетельствовать о возникновении навязчивых мыслей, переживаний, страхов и побуждений. Подобные навязчивости формируют ощущение тревоги и неуверенности, а истинная причина их возникновения вытесняется в подсознательное. В результате выявление фактора, вызывающего тревогу может стать затруднительным, поэтому фактор времени здесь может иметь решающе значение.

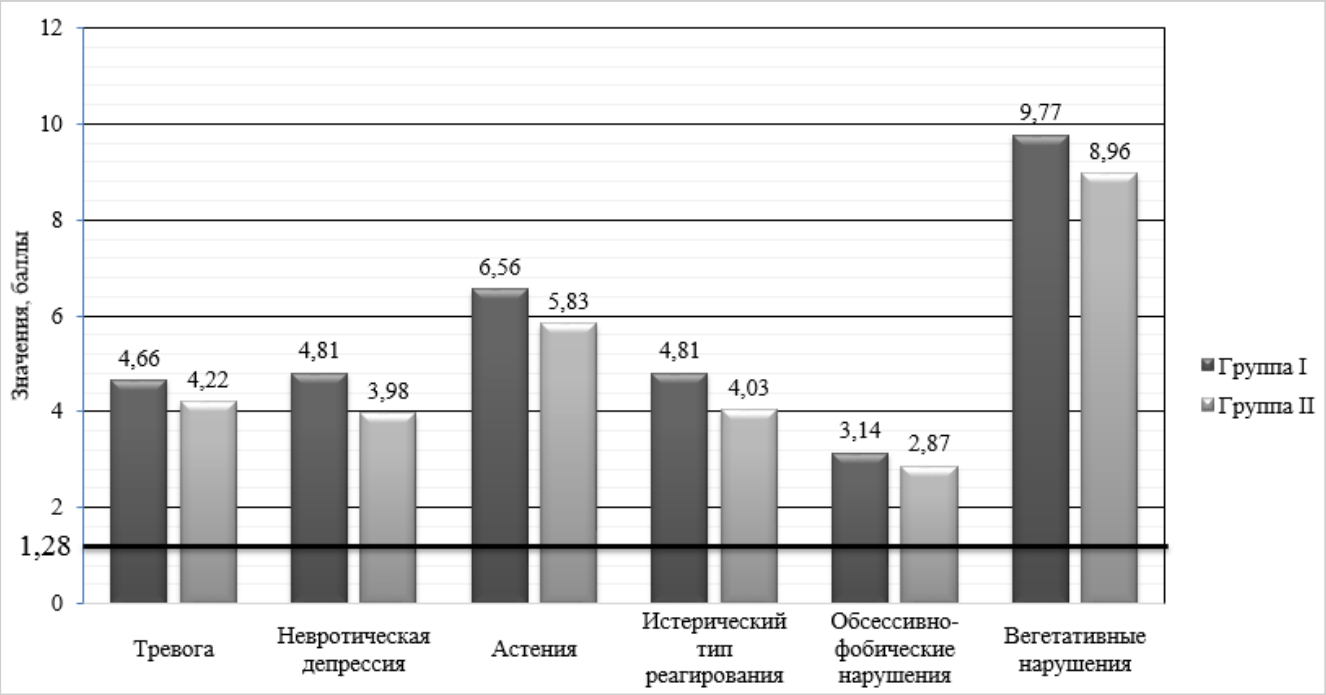
По шкале вегетативных нарушений среднее значение составляло 9,77±4,65, во второй точке измерения наблюдается снижение – 7,95±4,93, (p=0,030). Несмотря на достоверное снижение показателя, его значение все еще очень далеко от уровня ниже нормы, поэтому наличие вегетативных нарушений можно в данном случае отрицать.

Следует отметить, что, хотя все показатели находятся выше значения 1,28, принятого разработчиками теста за норму, то есть формально спортсмены не демонстрируют выраженных невротических проявлений и дезадаптации, тем не менее достоверные различия в сторону снижения по всем шкалам могут свидетельствовать о наличии закономерности, которую можно объяснить

наличием воздействующего фактора. Таким факторам может являться недавно перенесенная всеми спортсменами травма.

Для подтверждения или опровержения данного предположения необходимо сравнение с результатами, полученными по шкалам невротизации в контрольной группе по прошествии такого же времени, что и в Группе I, но без наличия травматического эпизода.

Результаты Группы II, являющейся в данном исследовании контрольной, представлены в Таблице 10, а также в графическом виде на Рисунке 8.



*p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

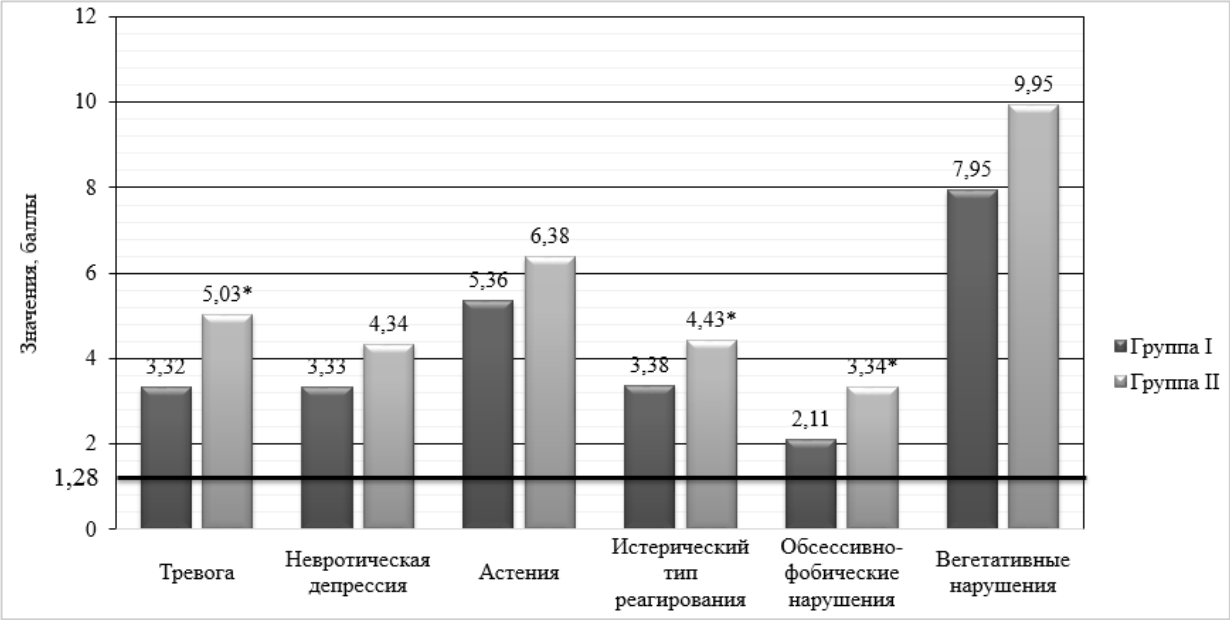
Рисунок 8 - Динамика показателей уровня невротизации спортсменов Группы II

Достоверных различий при сравнении динамических измерений в группе контроля не выявлено.

Оценивая средние значения по шкалам, мы видим тенденцию в сторону увеличения показателей, тем не менее, являющуюся незначительной вследствие низкой достоверности различий. Все шкалы характеризуются высокими значениями, свидетельствующими об отсутствии невротических проявлений в

психологическом состоянии спортсменов Группы II, как в начале, так и в конце исследования.

Наиболее интересным представляется сравнение результатов, полученных в конце исследования в обеих группах. На Рисунке 9 графически представлены результаты Группы I во 2 контрольной точке (после перенесенной травмы) и возвращения в спорт и Группы II во 2 контрольной точке измерения.



*p ≤ 0,05 ** p ≤ 0,01

Рисунок 9 - Оценка психологического состояния спортсменов Группы I и Группы II во 2 точке исследования

Как видно из рисунка 9, результаты оценки психологического состояния спортсменов из Группы I после перенесенной травмы отличаются от результатов спортсменов из Группы II, не имевших травматического эпизода, причем спортсмены Группы I демонстрируют боле низкие показатели по каждой из шкал оценки невротических проявлений.

Статистически достоверные различия наблюдаются по показателям шкал тревоги (p=0,014), истерического типа реагирования (p=0,050), обсессивно-фобических нарушений (p=0,045).

Подобные результаты служат подтверждением предположения о существовании некоторого фактора, оказывающего влияние на психологическое состояние спортсменов. Исходя из выявленных достоверных различий в состоянии спортсменов, перенесших спортивную травму, по сравнению со спортсменами, подобного опыта не имевшими, имеет место влияние травматического эпизода, несмотря на успешное функциональное восстановление и возвращение спортсменов на прежний уровень профессионального мастерства.

Таким образом, в результате исследования психологического состояния спортсменов высокого класса, получивших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся на прежний уровень спортивного мастерства, получены данные, подтверждающие наличие отсроченного влияния травматического эпизода на уровень невротизации спортсменов.

Несмотря на то, что, в соответствии с классической интерпретацией результатов клинического опросника, данные спортсменов экспериментальной Группы I, полученные во второй точке исследования, не являются показателями проявления невротических состояний (для предположения наличия невротического состояния результат по какой-либо из 6 шкал должен быть ниже 1,28), тем не менее, статистически значимые различия, наблюдаемые как в Группе I, так и между группами во второй точке исследования, позволяют подтвердить гипотезу о том, что спортсмен, вернувшийся на прежний уровень профессионального мастерства после спортивной травмы, отличается по своим психологическим характеристикам от спортсменов, не имевших в анамнезе подобных травм.

Наиболее сильные различия зафиксированы у спортсменов Группы I в таких проявлениях невротического состояния, как невротическая депрессия, истерическое реагирование, обсессивно-фобические нарушения.

Такие характеристики психологического состояния являются индикаторами негативного развития по всем трем компонентам ядра психологического реагирования на спортивную травму из вышеописанной модели (Wiese-Bjornstal et al., 1998). Когнитивная оценка на фоне депрессивного состояния приводит к

эмоциональным реакциям истерического типа, что, в свою очередь, приводит к поведению, носящему обсессивно-фобический характер. Неизбежно происходит закрепление и усугубление негативных реакций, причины которых находятся в неблагоприятном и токсичном переживании травматического эпизода и всей травматической ситуации в целом.

Проведенный нами анализ позволяет сделать вывод о том, что успешное восстановление спортсмена после травмы опорно-двигательной системы в соответствии с медицинскими, биомеханическими и функциональными критериями не является гарантией эффективного и завершенного психологического восстановления.

Результаты данного этапа нашей работы позволяют убедиться в актуальности дальнейшего исследования, а также дают возможность использования индикаторов психологического состояния, диагностируемых при помощи Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний (К.К.Яхин, Д.М.Менделевич, 1978), как критериев успешности психологической адаптации спортсмена в условиях перенесенной травмы.

3.2 Оценка психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы, находящихся на стационарном лечении

3.2.1 Введение

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы позволил сделать вывод о тома, что спортивная травма является значимым событием в жизни спортсмена, влияющим на его психологическое состояние. Кроме того, спортсмены, столкнувшиеся с травмой, переживают данное событие по-разному. На особенности психологического реагирования оказывает влияние множество факторов, наиболее полная систематизация которых отражена в модели психологического реагирования на спортивную травму (Wiese-Bjornstal et al., 1998).

Результаты наших собственных исследований, приведенные в разделе 3.1, также подтверждают гипотезу о том, что, несмотря на успешное возвращение к прежнему уровню профессионального мастерства после травмы, спортсмены отличаются по некоторым психоэмоциональным параметрам от спортсменов, не имевших травмы.

Таким образом, на основании сделанных выводов нами был определен дальнейший дизайн исследования.

С целью изучения психологического состояния спортсменов, получивших травму опорно-двигательной системы, была сформирована батарея психодиагностических методик, направленная на изучение трех компонентов ядра психологического реагирования – когнитивной оценки, эмоционального реагирования, поведенческой реакции.

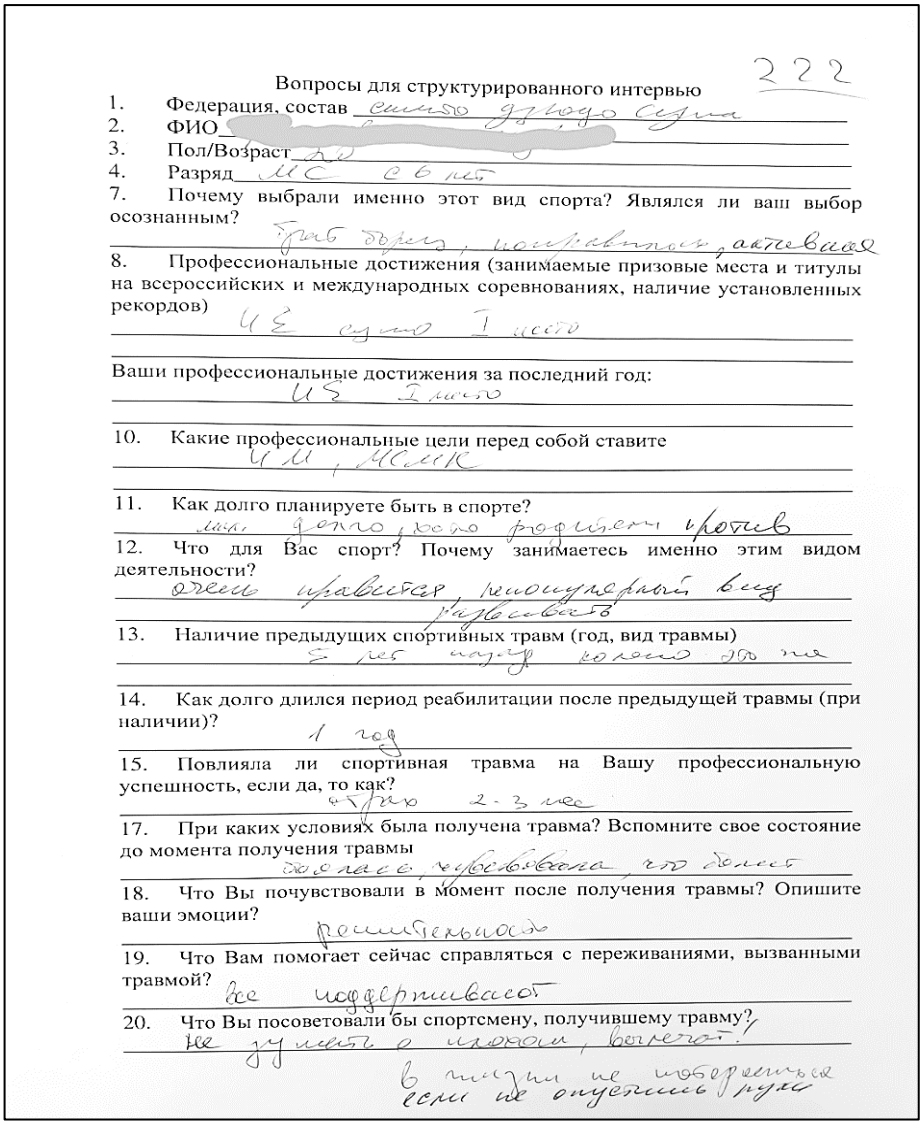
3.2.2 Анализ данных медико-психологического интервью

Первым этапом диагностики стало проведение медико-психологического интервью со спортсменами, находящимися на стационарном лечении в отделении

спортивной травматологии (Приложение 3). Набор вопросов был специально разработан нами для данного исследования с целью получения первичной субъективной информации от спортсмена о его представлении собственных переживаний травматического эпизода, а также сбор объективных биографических данных о спортсмене, способствующих лучшему пониманию особенностей психоэмоционального реагирования на травму.

Перед началом интервью с каждым спортсменом была проведена подготовительная беседа, где объяснялись цели интервью, получалось согласие на проведение психодиагностики при условии сохранения анонимности, устанавливался доверительный контакт.

Пример заполненного бланка интервью представлен на Рисунке 10.



222

Вопросы для структурированного интервью

1. Федерация, состав [illegible]
2. ФИО [illegible]
3. Пол/Возраст [illegible]
4. Разряд МС [illegible]
7. Почему выбрали именно этот вид спорта? Являлся ли ваш выбор осознанным?
[illegible]
8. Профессиональные достижения (занимаемые призовые места и титулы на всероссийских и международных соревнованиях, наличие установленных рекордов)
[illegible] I место

Ваши профессиональные достижения за последний год:
[illegible] I место

10. Какие профессиональные цели перед собой ставите
[illegible]
11. Как долго планируете быть в спорте?
[illegible]
12. Что для Вас спорт? Почему занимаетесь именно этим видом деятельности?
[illegible]
13. Наличие предыдущих спортивных травм (год, вид травмы)
[illegible]
14. Как долго длился период реабилитации после предыдущей травмы (при наличии)?
1 год
15. Повлияла ли спортивная травма на Вашу профессиональную успешность, если да, то как?
[illegible] 2-3 мес
17. При каких условиях была получена травма? Вспомните свое состояние до момента получения травмы
[illegible]
18. Что Вы почувствовали в момент после получения травмы? Опишите ваши эмоции?
[illegible]
19. Что Вам помогает сейчас справляться с переживаниями, вызванными травмой?
[illegible]
20. Что Вы посоветовали бы спортсмену, получившему травму?
[illegible]

Рисунок 10 - Пример заполненного бланка интервью

Ответы на каждый из вопросов фиксировались медицинским психологом. В дальнейшем информация, полученная из интервью, учитывалась при составлении индивидуальной программы психокоррекции.

Первоначально не планировалось анализировать данные интервью в формате групповой оценки. Однако в процессе исследования были получены данные, представляющие статистический интерес.

В медико-психологическом интервью приняли участие 139 спортсменов-членов сборных команд Российской Федерации (75 мужчин, 64 женщин, средний возраст - 23,23±4,54).

Мы проанализировали ответы респондентов на каждый из вопросов интервью.

Ответы были сгруппированы по общим признакам и представлены в процентном соотношении от общего количества данных ответов на круговых диаграммах (рисунки 11-13).

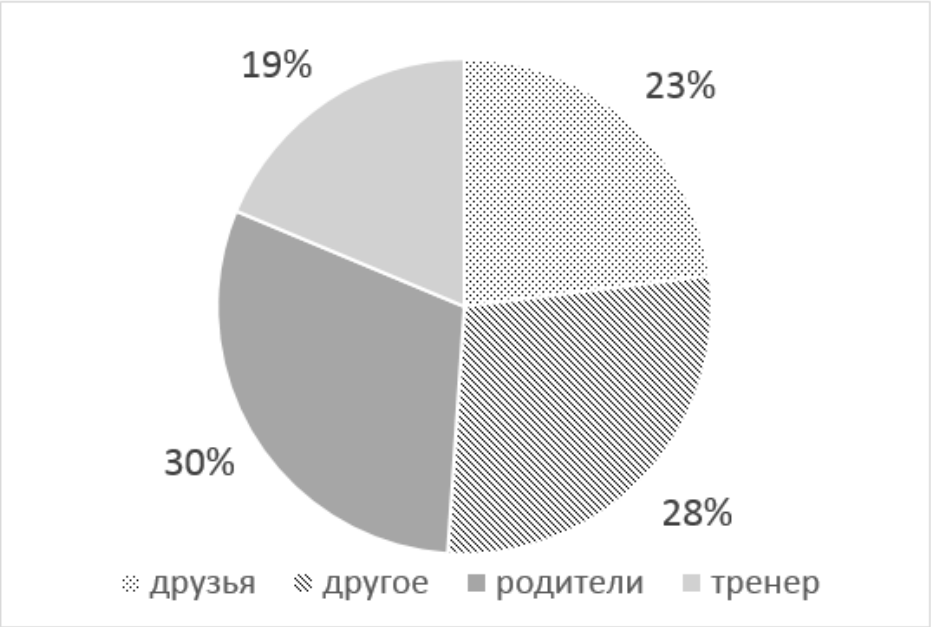


Рисунок 11 - Распределение ответов на вопрос «Почему выбрали этот вид спорта?»

На вопрос «Почему выбрали этот вид спорта?» 42 человека (30,2%) ответили, что их в спорт привели родители и другие родственники («привела бабушка», «брат занимался, пошла с ним» и др.). 32 человека (23,0%) пришли вместе с друзьями в основном за компанию и остались заниматься. 26 человек (18,7%) рассказали, что в школу, где они учились, пришел тренер и пригласил заниматься в секцию. 39 человек (28,1%) называли различные причины, среди которых встречались такие ответы: «У нас в регионе все занимаются этим спортом» - преимущественно о единоборствах и лыжных видах спорта; «Перешел из другого вида спорта»; «Понравился, красивый вид спорта» - так отвечали спортсмены, пришедшие к занятиям спортом в старшем возрасте.

На уточняющий вопрос об осознанности выбора занятий спортом все спортсмены (139 человек) ответили положительно. Необходимо отметить, что к этому вопросу давалось пояснение – подразумевалось осознанное продолжение занятий спортом после попадания в секцию или школу и ознакомлением с данным видом спорта.

Предположительно такое единогласие связано с высокой квалификацией спортсменов. Осознанность занятий спортом, проявление интереса сформировало высокую спортивную мотивацию, что привело к успешному результату.

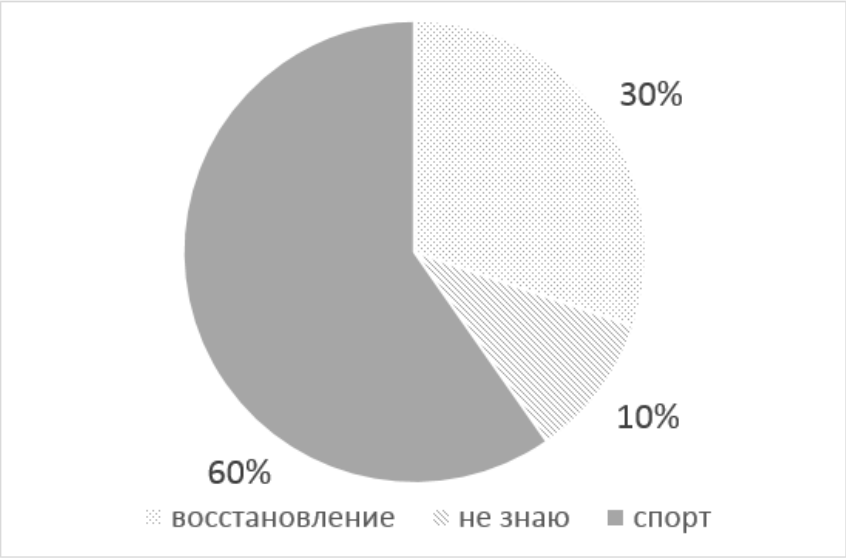


Рисунок 12 - Распределение ответов на вопрос «Какие профессиональные цели перед собой ставите?»

При ответе на вопрос о дальнейших профессиональных целях 83 спортсмена (59,7%) называют спортивные достижения, такие как квалификацию, выступление и победу на Чемпионате Мира, Европы, Олимпийских играх, а также описывают цели, связанные с установлением мировых, региональных и личных рекордов.

42 человека (30,2%) главной целью называют восстановление после травмы, при этом обозначаются конкретные задачи – начать ходить без костылей, восстановить объем движения, «чтоб не болело» и пр.

14 спортсменов (10,1%) на вопрос о целях отвечали, что они не знают или не задумывались пока над этим. При этом каждый из 14 человек говорил о возможном завершении спортивной карьеры.

Таким образом, подавляющее большинство спортсменов воспринимают этап восстановления после травмы как одну из составляющих спортивной деятельности и не сомневаются в успешном исходе, так как их цели направлены на спортивную деятельность, отсроченную по причине травмы. Тем не менее, это не является критерием отсутствия признаков психологической дезадаптации, поскольку, наряду с абстрактной уверенностью в успешном возвращении, спортсмены, имеющие в анамнезе повреждения (в нашем исследовании только 7 человек не имели ранее травм), отмечают влияние травмы на дальнейшую жизнь, восприятие спортивной деятельности и профессиональную успешность. Ответы на вопрос о влиянии травмы отражены на Рисунке 13.

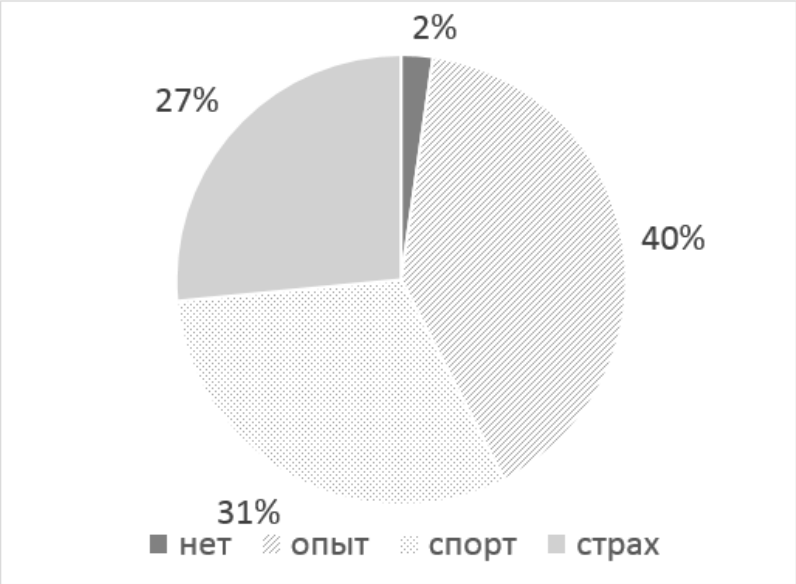


Рисунок 13 - Распределение ответов на вопрос «Повлияла ли спортивная травма на вашу профессиональную успешность, если да, то как?»

На данный вопрос дали ответ 132 человека, имеющие ранее спортивные травмы. 53 спортсмена (40,2%) отметили, что приобрели опыт переживания травмы, что выражалось в ответах: «Теперь я знаю, каково это», «В этот раз не так страшно, потому что уже проходил все это», «Знаю, что делать», «Знаю, что смогу вернуться» и др. Ответы, связанные с получением опыта, характеризуют скорее положительное влияние предыдущей травмы. Подобный феномен также был обнаружен в диссертационном исследовании 2017 г., где спортсмены ретроспективно оценивали влияние травмы на свою профессиональную успешность и показали, как отрицательное (завершение карьеры, ухудшение результата), так и положительное (усиление спортивной мотивации, и, как следствие, повышение результативности) влияние травматического опыта (Бакуняева, 2017).

Несмотря на высокий (40,2%) процент спортсменов, отметивших приобретение нового опыта, нельзя рассматривать травматический случай исключительно в положительном аспекте влияния на психологическое состояние спортсмена. 35 человек (26,5%) при ответе на вопрос о влиянии травмы, говорили о появлении и сохранении чувства тревоги, страха повторной травматизации,

кинезиофобии (ответы «Появилась боязнь прыгать», «Теперь все время неуверенность в ноге», «Боюсь нормально захватить мяч этой рукой и не иду в контакт» и др.).

41 спортсменов (31,0%) связывали негативное влияние травмы с вынужденным пропуском соревнований, важного тренировочного этапа (ответы «Расстроился, что пропущу Чемпионат Мира», «Не смогу участвовать в квалификации на Олимпийские игры», «Потеряю место в основном составе и не факт, что потом возьмут в сборную» и др.).

3 человека (2,3%) ответили, что травма не повлияла на дальнейшую жизнь. При уточнении о тяжести полученной ранее травмы, все 3 спортсмена отметили легкую степень повреждения, не вынуждающую надолго прекращать спортивную деятельность.

Таким образом, можно констатировать как положительное (40,2%), так и отрицательное (31,0%) влияние травматического случая на дальнейшую жизнь и карьеру спортсменов.

На вопрос «Что Вам помогает сейчас справляться с переживаниями, вызванными травмой?» не удалось выделить какие-либо группы по одному ответу – все спортсмены описывали смешанные способы совладания с переживаниями, среди которых влияние таких факторов, как социальная поддержка (семья, друзья, тренер, партнеры по команде), навыки самонастроя и саморегуляции, опыт переживания предыдущих травм, а также положительные примеры восстановления других спортсменов, доверие к медицинскому персоналу, сравнение своей травмы с более тяжелыми повреждениями.

Вопрос «Что Вы посоветовали бы спортсмену, получившему травму?» также вызвал большое количество смешанных ответов, однако удалось сгруппировать их по сходным признакам. Результаты представлены в Таблице 8. Большинство спортсменов давали несколько ответов.

Таблица 8 – Ответы спортсменов на вопрос «Что Вы посоветовали бы спортсмену, получившему травму?»

№ п/п	Формулировка ответов	Количество ответов
1	Эмоциональная поддержка («Не сдаваться», «Верить в себя и в лучшее»)	70
2	Комплаентность («Соблюдать режим», «Слушать врача», «Быть уверенным, что тебе помогут, доверять»)	58
3	Использование ситуации («Набираться нового опыта», «Получить знания о травмах», «Учиться»)	47
4	Отдых («Перезагрузиться», «Остановиться и подумать», «Отдохнуть и соскучиться по спорту»)	36
5	Спорт («Не бросать спорт», «Думать о своей команде/тренере»)	32

Наибольшее количество ответов (70) было связано с эмоциональной поддержкой. 58 ответов были посвящены доверию к врачу и соблюдению режима восстановления. 47 человек призывали травмированного спортсмена использовать ситуацию для своей пользы – набраться опыта, получить новые знания о своем организме, травмах и возможностях восстановления. 36 человек предложили воспользоваться вынужденным перерывом в тренировках для отдыха, «перезагрузки», а также «прислушаться к себе, подумать, почему случилась травма». 32 ответа были связаны со спортом – призывы не бросать тренировки, думать о своей команде.

Таким образом, не смотря на разнообразие индивидуальных реакций спортсменов на травму, разные жизненные ситуаций, виды спорта и травматические случаи, можно выделить общие закономерности в восприятии спортсменами высшей квалификации самой травмы, а также всего процесса восстановления и возвращения в спорт. Знание этих тенденций позволяет более качественно изучить специфику спортивной травмы, с целью разработки наиболее эффективных и персонифицированных программ психологической коррекции и поддержки спортсменов в процессе восстановления после травм.

3.2.3 Результаты психодиагностики

В соответствии с разработанной программой психодиагностики спортсменам было предложено пройти тестирование с применением опросников, направленных на изучение когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер личности. Также в диагностике были использованы проективные методы и визуально-аналоговые шкалы. В исследовании приняли участие 139 человек, прошедших медико-психологическое интервью.

По итогам диагностики получены следующие результаты.

Результаты анализа средних значений представлены в Таблице 9.

Таблица 9 - Средние значения измеряемых количественных параметров (n=139)

Шкала	M±SD	Дисперсия
Тревога	2,52±2,52	6,37
Невротическая депрессия	2,69±2,56	6,57
Астения	3,79±2,45	6,02
Истерический тип реагирования	2,90±2,30	5,30
Обсессивно-фобические нарушения	2,45±2,05	4,21
Вегетативные нарушения	5,82±3,94	15,49
Локус контроля	27,10±7,27	52,86

Из приведенных данных мы видим, что все показатели шкал невротических состояний находятся выше заданной границы нормы (1,28), что, на первый взгляд, свидетельствует об отсутствии проявлений признаков дезадаптации. Однако, изучив частотные гистограммы, где визуально наблюдается по 2 и более вершины (Приложение 1), а также высокие значения дисперсии, можно сделать вывод о большом разбросе значений, следовательно, оценки средних недостаточно.

Показатель УСК свидетельствует об интернальном локусе контроля, однако высокий уровень дисперсии также не позволяет произвести оценку общей выборки по средним значениям.

В Таблице 10 и на Рисунке 14 представлены результаты диагностики психоэмоционального состояния в зависимости от пола испытуемых.

Таблица 10 - Показатели уровня невротизации и уровня субъективного контроля спортсменов в зависимости от пола (n=139)

Шкала	Мужчины (n=75) M±SD	Женщины (n=64) M±SD
Тревога	2,67±2,54	2,35±2,51
Невротическая депрессия	2,79±2,43	2,57±2,69
Астения	3,76±2,43	3,83±2,50
Истерический тип реагирования	2,86±2,32	2,95±2,30
Обсессивно-фобические нарушения	2,24±1,93	2,69±2,17
Вегетативные нарушения	5,83±4,01	5,81±3,88
Локус контроля	27,57±7,12	26,55±7,46

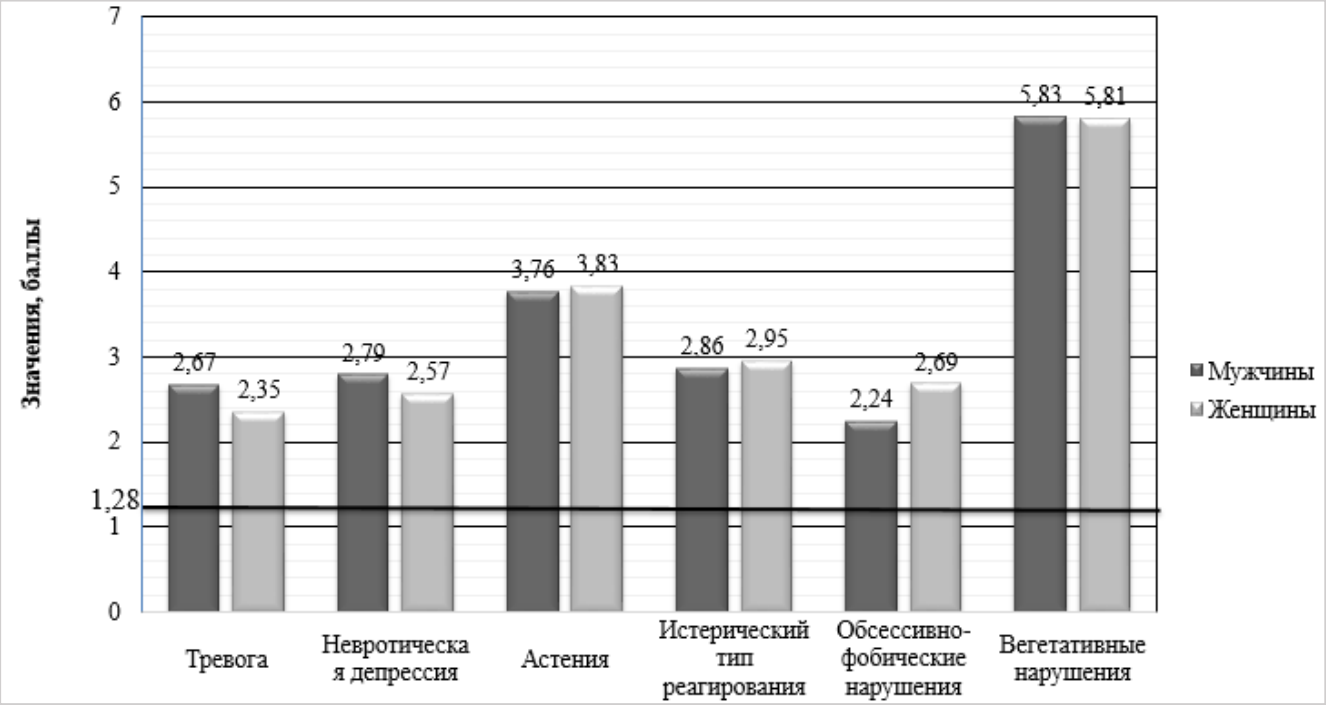


Рисунок 14 - Показатели уровня невротизации спортсменов в зависимости от пола

Анализ половых особенностей в психоэмоциональном состоянии спортсменов, перенесших травму опорно-двигательной системы, не выявил достоверных различий (p>0,05).

Уровень субъективного контроля у мужчин и женщин не имеет статистически достоверных различий, однако наблюдается чуть более выраженная интернальность локуса контроля у мужчин (рисунок 15).

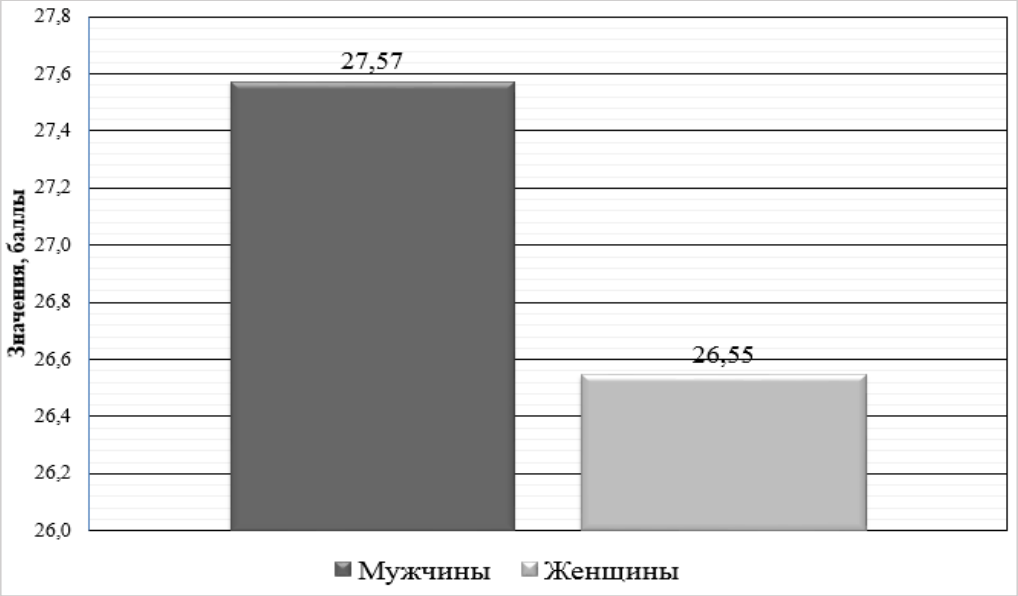


Рисунок 15 - Показатели уровня субъективного контроля спортсменов в зависимости от пола

Результаты оценки копинг-поведения в стрессовых ситуациях представлены на круговой диаграмме на Рисунке 16.

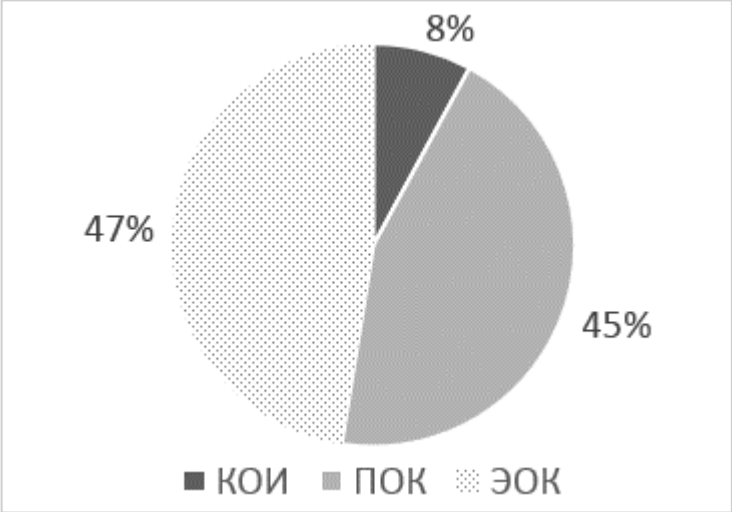


Рисунок 16 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях в общей выборке

Почти половина спортсменов, участвующих в исследовании (47,5%, 66 человек), демонстрируют эмоционально-ориентированный тип поведения в ситуации стресса. Чуть меньше половины (44,6%, 62 человека) показали проблемно-ориентированное копинг-поведение. Стратегию избегания используют 11 человек (7,9%). Наиболее благоприятной стратегией поведения для спортивной деятельности считается проблемно-ориентированный копинг. Стратегия избегания, как и мотивация к избеганию неудач, не характерна для спортсменов высшей квалификации.

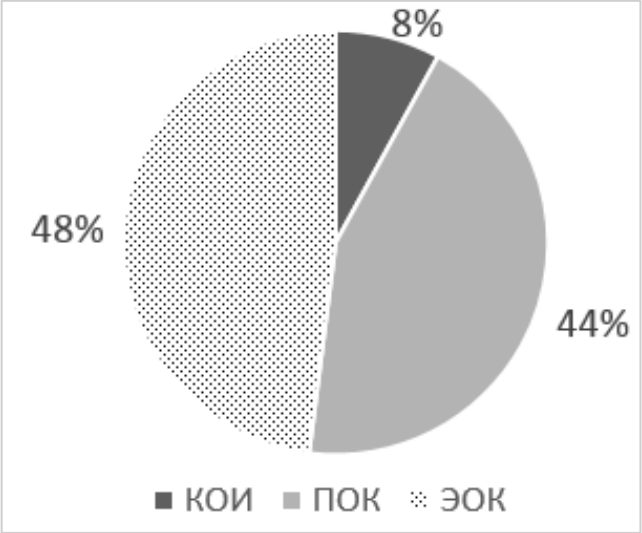


Рисунок 17 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях среди мужчин

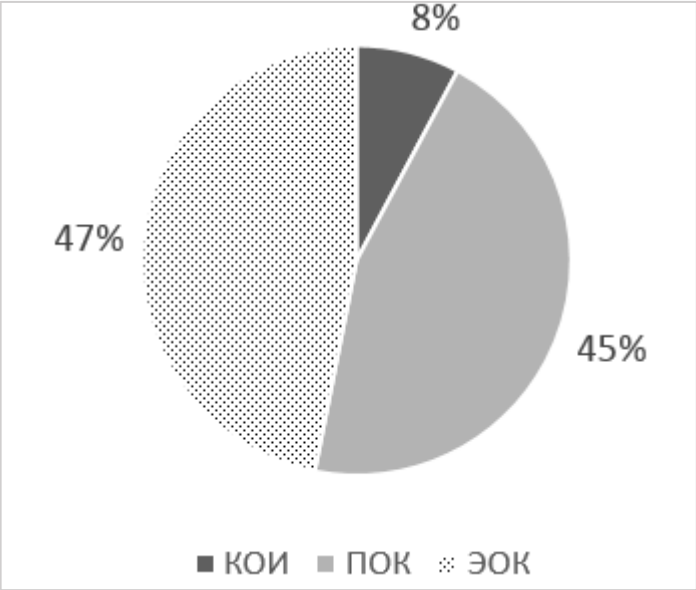


Рисунок 18 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях среди женщин

На рисунках 17 и 18 представлено распределение стратегий поведения в стрессовых ситуациях по половому признаку. Для спортсменов мужского и женского пола характерно процентное соотношение наиболее часто избираемых стратегий поведения, сходное с распределением в общей выборке.

Для изучения когнитивной оценки спортсменом ситуации травмы и последующих связанных с ней событий применялся опросник определения типа отношения к болезни ТОБОЛ (рисунок 19).

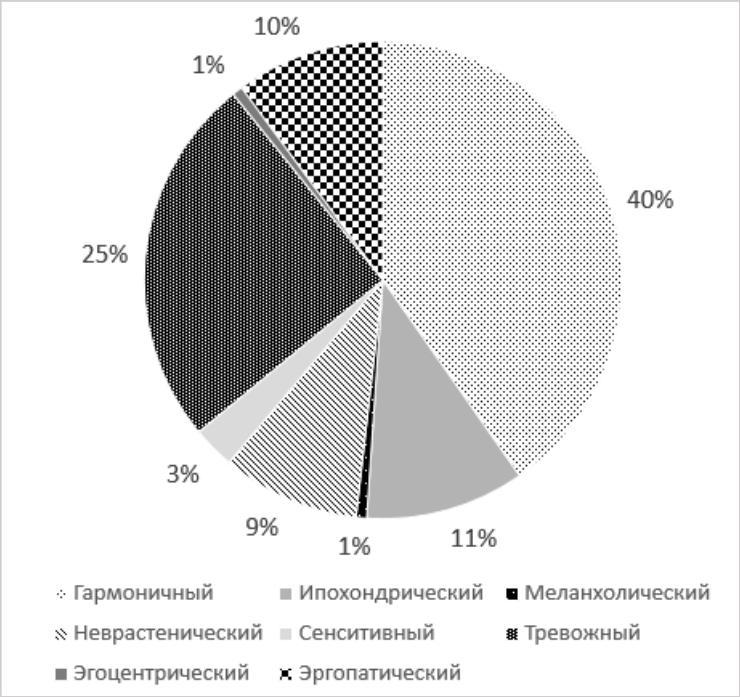


Рисунок 19 - Типы отношения к болезни в общей выборке

Наиболее часто встречающимся является Гармоничный тип отношения к болезни (56 человек, 40,3%). Эргопатический тип (14 человек, 10,8%) занимает четвертое место по встречаемости. Два этих типа являются благоприятными и относятся разработчиками методики к I блоку («адаптивные»), наряду с Анозогнозическим, не представленным в нашей выборке.

При выявлении преобладания данных типов отношения к болезни делается вывод о том, что психологическая и социальная адаптация существенно не нарушена фактом болезни. При Гармоничном типе пациент оценивает свое

состояние без склонности преувеличить его тяжесть, но при этом не возникает недооценка травмы. Пациент активно содействует процессу восстановления, стремится облегчить близким заботу о себе.

Примечательно, что для спортсменов высокого класса весьма характерны отличительные черты Эргопатического типа реагирования на болезнь, такие как сверхответственное отношение к своей работе, стремление во что бы то ни стало сохранить свой профессиональный статус и возможность продолжения занятий спортом в полном объеме. Такой подход отличает спортсменов не только в случае травмы, но и в повседневной жизни, поэтому травматический эпизод только усиливает проявление данных качеств.

Остальные типы отношения к болезни (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный) составляют II и III блоки, характеризующийся наличием признаков психологической дезадаптации в связи с заболеванием. Эти типы различаются преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на травму.

Пациенты с типами реагирования на травму, входящими во II и III блоки («дезадаптивные»), нуждаются в психологической коррекции.

В нашей выборке выявлено 69 спортсменов с присущими им такими типами отношения к болезни.

В соответствии с блоками, предложенными разработчиками опросника ТОБОЛ (Вассерман соавт.,2005), спортсмены, учувствовавшие в исследовании, были разделены на две группы.

Группа 1 – наличие признаков психологической дезадаптации, спортсмен нуждается в психокоррекции (69 человек: Меланхолический тип - 1 человек; Ипохондрический тип - 15 человек; Неврастенический тип - 13 человек; Сенситивный тип - 4 человека; Тревожный тип - 35 человека; Эгоцентрический тип - 1 человек);

Группа 2 – отсутствие признаков психологической дезадаптации, спортсмен не нуждается в психокоррекции (70 человека: Гармоничный тип - 56 человек; Эргопатический тип - 14 человек).

Полученные группы сопоставимы по полу и возрасту ($p>0,05$, достоверных различий не выявлено).

По видам спорта в группах наблюдаются сходные процентные распределения, отражающие тенденции общей выборки (Таблица 11).

Таблица 11 - Распределение по группам видов спорта в соответствии с олимпийской классификацией в Группе 1 и Группе 2

Виды спорта	Группа 1 (n=69) чел (%)	Группа 2 (n=70) чел (%)
Единоборства	22 (31,9%)	32 (45,7%)
Спортивные игры	22 (31,9%)	19 (27,1%)
Сложнокоординированные	9 (13,0%)	7 (10,0%)
Скоростно-силовые	10 (14,5%)	6 (8,6%)
Циклические	6 (8,7%)	6 (8,6%)

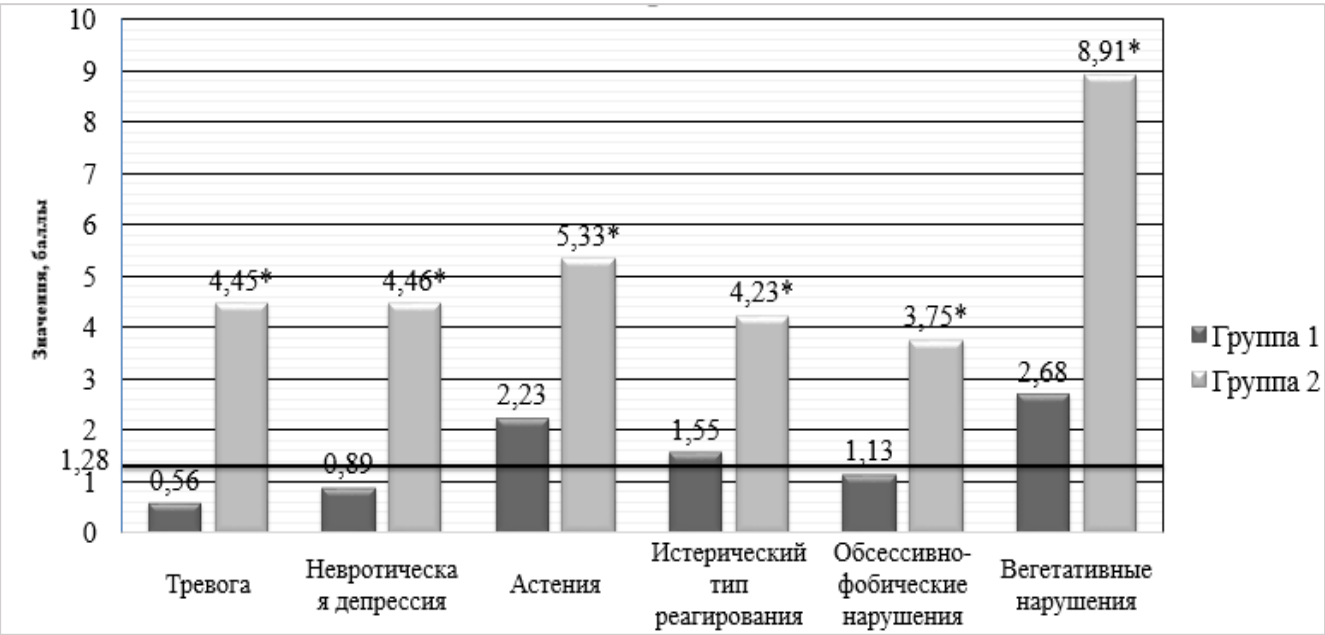
Основное различие заключается в том, что в Группе 1 единоборцы и представители игровых видов спорта составляют одинаковый процент от общего количества спортсменов в группе (31,9%), тогда как в Группе 2 наибольшее количество спортсменов являются представителями единоборств.

Далее нами были проанализированы результаты психодиагностики, полученные в каждой из групп (Таблица 12, рисунок 20).

Таблица 12 - Показатели уровня невротизации спортсменов в зависимости от группы

Шкала	Группа 1 (n=69) M±SD	Группа 2 (n=70) M±SD
Тревога	0,56±1,23	4,45±1,91*
Невротическая депрессия	0,89±1,89	4,46±1,78*
Астения	2,23±1,41	5,33±2,29*
Истерический тип реагирования	1,55±2,03	4,23±1,71*
Обсессивно-фобические нарушения	1,13±1,54	3,75±1,62*
Вегетативные нарушения	2,68±1,57	8,91±3,00*

Примечание: «*» - различия между группами на уровне $p \leq 0,05$;



Примечание: «*» - различия между группами на уровне $p \leq 0,05$;

Рисунок 20 - Показатели уровня невротизации спортсменов в Группе 1 и Группе 2

В группах наблюдаются различия по всем шкалам невротических состояний. Показатели тревоги, Невротической депрессии, Обсессивно-фобических нарушений в Группе 1 находятся ниже границы, определяемой разработчиками

опросника как уровень нормы. В Группе 2 спортсмены демонстрируют показатели значительно выше границы нормы по всем шкалам опросника.

Таким образом, спортсмены Группы 1 и Группы 2 отличаются по психоэмоциональным параметрам и уровню невротизации в зависимости от типа отношения к травме.

Рассмотрим результаты диагностики уровня субъективного контроля (Таблица 13).

Таблица 13 - Уровень субъективного контроля в Группе 1 и Группе 2

Шкала	Группа 1 (n=69) M±SD	Группа 2 (n=70) M±SD
УСК	24,17±8,04	29,98±4,99

В обеих группах зарегистрирован интренальный локус контроля, однако в Группе 1 интернальность менее выражена, нежели в Группе 2 (разница между показателями – 5,81, p=0,03).

Далее рассмотрим результаты анализа копинг-стратегий поведения в стрессовых ситуациях (рисунок 21).

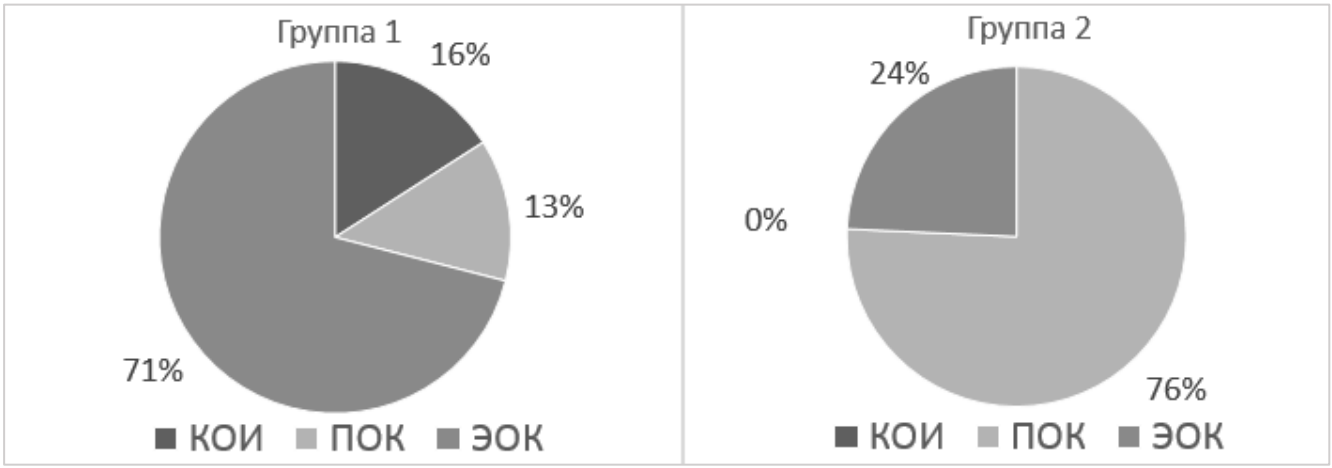


Рисунок 21 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях в Группе 1 и Группе 2

В Группе 1 (n=69) большинство спортсменов (49 человек, 71,0%) имеют эмоционально-ориентированную копинг-стратегию поведения в ситуации стресса.

11 человек (15,9%) пользуются стратегией избегания, 9 человек (13,1%) используют проблемно-ориентированную стратегию. В Группе 2 (n=70) 53 спортсмена (75,7%) ориентированы на решение проблемы, 17 человек (24,3%) реагируют на стресс в первую очередь эмоционально. Стратегия избегания не используется ни кем из спортсменов данной группы.

Таким образом, выявлена зависимость между типом отношения к болезни и психоэмоциональным состоянием спортсмена, перенесшего травму опорно-двигательной системы. Спортсмены, имеющие «адаптивные» типы отношения, демонстрируют отсутствие признаков невротических состояний. Типы отношения к болезни, свидетельствующие о наличии психологической и социальной дезадаптации («дезадаптивные»), наблюдаются у спортсменов, чье психоэмоциональное состояние характеризуется наличием признаков невротических состояний – тревоги, невротической депрессии, обсессивно-фобических нарушений ($m<1,28$).

Также существует зависимость между типом отношения к болезни, присущим спортсмену, и наиболее часто используемой им копинг-стратегией, а также уровнем субъективного контроля. Спортсмены с «адаптивными» типами отношения к болезни в стрессовой ситуации пользуются стратегиями поведения, ориентированными на решение проблемы, а также имеют более выраженный интернальный локус контроля, чем спортсмены с «дезадаптивными» типами отношения, что говорит о способности к принятию решений и взятию за них ответственности.

3.3 Разработка и оценка эффективности применения программы психокоррекции для оптимизации психологического состояния спортсменов на этапе стационарного лечения

3.3.1 Введение

Результаты, представленные в разделе 3.2, подтвердили гипотезу о том, что спортсмены по-разному относятся к травме. На то, как именно спортсмен переносит повреждение, влияет набор внутренних и внешних факторов, среди которых стратегии поведения, наиболее часто используемые спортсменами в стрессовых ситуациях, локус контроля, а также социальная поддержка, доверие к медицинскому персоналу и наличие травматического опыта.

По тому, как спортсмен относится к травме, можно предположить наличие или отсутствие признаков невротизации, а, следовательно, необходимость проведения психокоррекционных мероприятий.

С целью снижения уровня невротизации и повышения эффективности восстановительного процесса с последующим возвращением спортсмена на прежний уровень профессионального мастерства после травмы опорно-двигательной системы, нами была разработана программа психологической коррекции невротических состояний.

На основании результатов психодиагностики (Точка 1), описанной в разделе 3.2, спортсмены, отнесенные к Группе 1 – «Спортсмен нуждается в психокоррекции», были разделены на 2 группы: основную (Группа 1А, n=39) и контрольную (Группа 1Б, n=30).

Со спортсменами из Группы 1А, проведен ряд психокоррекционных сессий длительностью от 45 до 60 минут, основанных на принципах когнитивного психотерапевтического направления. Содержание сессий зависело от индивидуально-типологических особенностей пациентов, определенных в процессе психодиагностики (тип отношения к болезни, преобладающие показатели невротизации, копинг-стратегии), выявленных в процессе интервью симптомов-

мишеней коррекции, а также от степени тяжести полученной травмы (способность самостоятельно сидеть, передвигаться, держать ручку и т.д). С каждым спортсменом было проведено 6 индивидуальных сессий психокоррекции. Сессии проводились 2 раза в неделю, общее время проведения психокоррекционной работы со спортсменом составило 1 месяц.

Спортсмены Группы 1Б не были подвергнуты психокоррекционному воздействию, однако им была дана возможность проконсультироваться с психологом по вопросам переживания спортивной травмы дистанционно при возникновении такой потребности.

Все психокоррекционные сессии носили исключительно добровольный характер и встраивались в реабилитационный процесс в соответствии с режимом дня пациентов.

После завершения психокоррекции спортсмены Группа 1А повторно прошли психодиагностику, включающую определение типа отношения к болезни, оценку невротических состояний, а также анализ копинг-поведения в стрессовых ситуациях. Последний опросник давался пациентам с адаптированной инструкцией. Формулировка «Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом» была заменена на формулировку «С какой вероятностью вы повели бы себя подобным образом», то есть спортсмен имел возможность спрогнозировать свое поведение с учетом приобретенных знаний и умений.

Пациенты Группы 1Б также повторно прошли психодиагностику через 1 месяц после первой диагностической точки.

Результаты повторной психометрии были проанализированы и сравнены с данными, полученными до проведения психокоррекционных мероприятий.

3.3.2 Оценка психологического состояния спортсменов в начале исследования

Результаты оценки отношения спортсменов к травме по типам в группах представлены на рисунке 22.

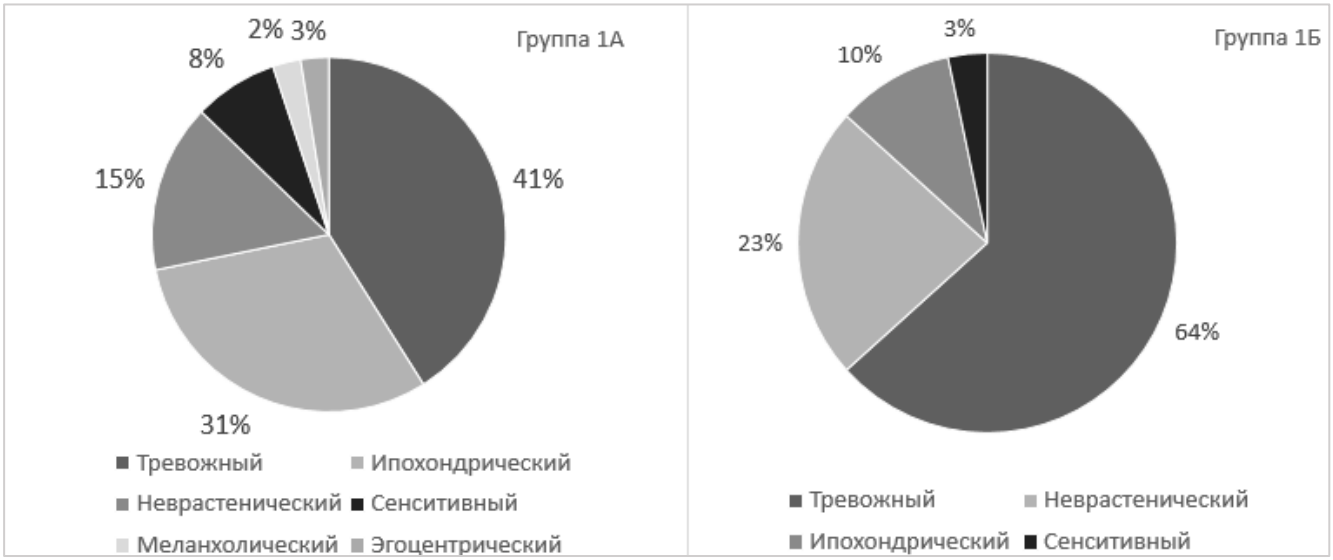


Рисунок 22 - Типы отношения к болезни в Группе 1А и Группе 1Б в Точке 1

В обеих группах преобладает Тревожный тип отношения к травме (Группа 1А – 16 человек, 41,0%; Группа 1Б – 19 человек, 63,3%), характеризующийся сниженным фоном настроения и психологической активности, беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного течения болезни и страхом возможных осложнений.

В Группе 1А у 12 человек (30,8%) выявлен Ипохондрический тип, связанный с чрезмерным сосредоточением на симптомах болезни, преувеличением болевых ощущений, требованием постоянного внимания к себе. В Группе 1Б наблюдается 3 человека (10,0%) с данным типом.

6 человек (15,4%) в Группе 1А и 7 человек (23,3%) в Группе 1Б демонстрируют Неврастенический тип, для которого характерно проявление раздражительности, особенно при увеличении болевых ощущений, нетерпеливости в обследовании и лечении.

Сенситивный тип зарегистрирован у 3 человек (7,7%) в Группе А и 1 человека (2,6%) в Группе 1Б. У представителей данного типа наблюдается чрезмерная ранимость, уязвимость, озабоченность возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни,

боязнь стать обузой, отражающаяся в эмоциональной лабильности, изменчивости настроения, тревожности.

По 1 человеку (по 2,6%) в Группе 1А имеют Меланхолический и Эгоцентрический типы отношения к болезни. Первый проявляется в пессимистическом отношении к лечению, неверии в выздоровление, состоянии удрученности, сниженном фоне настроения. Для второго характерны поиски вторичной выгоды из ситуации травмы, требование постоянного внимания к себе, отношение к другим больным как к «конкурентам» за внимание врача.

Результаты оценки уровня невротизации спортсменов Группы 1А и Группы 1Б в Точке 1 представлены в Таблице 14 и на Рисунке 23.

Таблица 14 - Оценка уровня невротизации спортсменов Группы 1А и Группы 1Б

Шкала	Группа	N	M ± SD	Δ
Тревога	Группа 1А	39	0,46±1,39	-0,25
	Группа 1Б	30	0,70±0,99	
Невротическая депрессия	Группа 1А	39	0,85±2,35	-0,08
	Группа 1Б	30	0,93±1,09	
Астения	Группа 1А	39	2,23±1,71	-0,01
	Группа 1Б	30	2,24±0,90	
Истерический тип реагирования	Группа 1А	39	1,27±2,51	-0,15
	Группа 1Б	30	1,42±1,11	
Обсессивно-фобические нарушения	Группа 1А	39	0,87±1,84	-0,11
	Группа 1Б	30	0,98±0,94	
Вегетативные нарушения	Группа 1А	39	2,85±1,97	0,39
	Группа 1Б	30	2,46±0,79	

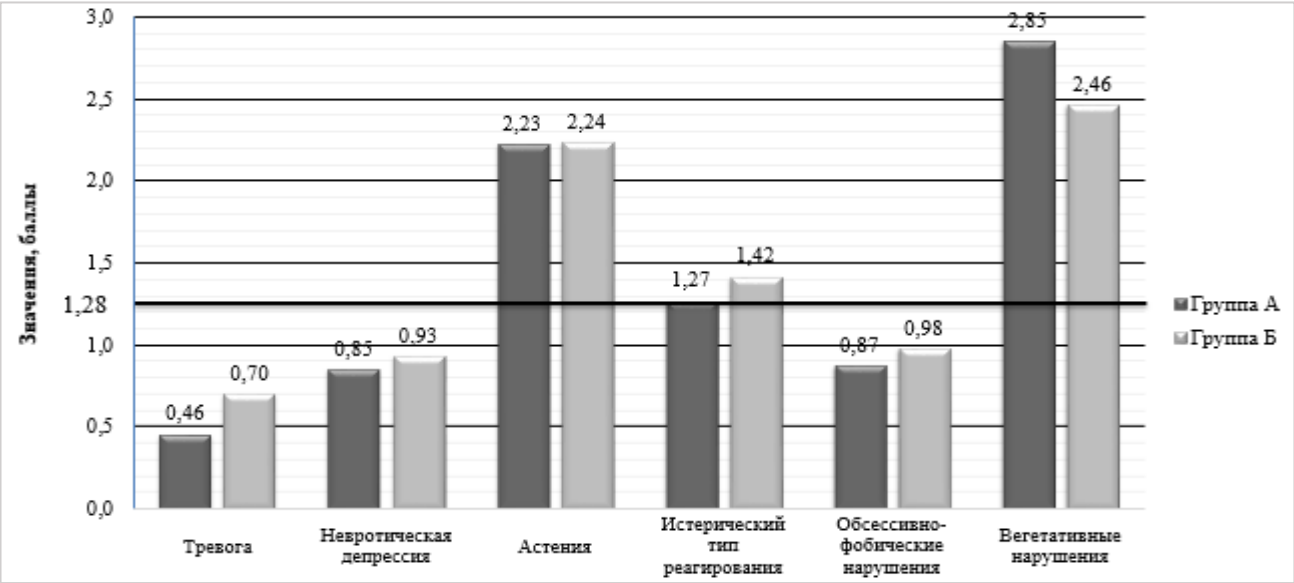


Рисунок 23 - Показатели уровня невротизации спортсменов Группы 1А и Группы 1Б в Точке 1

Уровни проявления тревоги, невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений, в обеих группах находятся ниже нормы, что свидетельствует о высоком уровне невротизации и наличии признаков дезадаптации. В Группе 1А уровень истерического типа реагирования находится на границе нормы, в Группе 1Б данный показатель формально характеризуется как норма, однако различия между значениями недостоверны. Показатели астении и вегетативных нарушений свидетельствуют об отсутствии проявления данных признаков невротизации в обеих группах. По всем исследуемым критериям между группами не наблюдается достоверных различий, из чего можно сделать вывод о сопоставимости Групп для дальнейшего сравнения.

Результаты диагностики уровня субъективного контроля, представлены в Таблице 15 и на Рисунке 24.

Таблица 15 - Уровень субъективного контроля в Группе 1А и Группе 1Б

Шкала	**Группа**	**N**	**M±SD**
УСК	Группа 1А	39	25,33±8,76
	Группа 1Б	30	22,67±6,86

В обеих группах зарегистрирован интренальный локус контроля, в Группе 1А интернальнось более выражена, нежели в Группе 1Б, однако достоверных различий между показателями не выявлено (MD = 2,66, p=0,17).

Далее рассмотрим результаты анализа копинг-стратегий поведения в стрессовых ситуациях (рисунок 24).

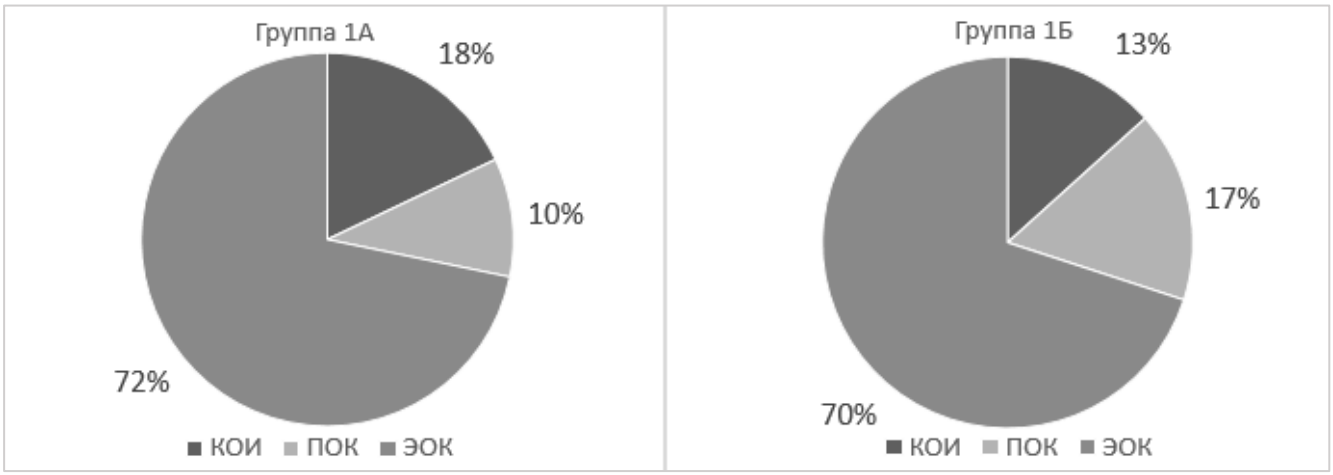


Рисунок 24 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях в Группе 1А и Группе 1Б в Точке 1

В Группе 1А большинство спортсменов (28 человек, 71,8%) имеют эмоционально-ориентированную копинг-стратегию поведения в ситуации стресса. 7 человек (17,9%) пользуются стратегией избегания, 4 человека (10,3%) используют проблемно-ориентированную стратегию.

В Группе 1Б также большинство испытуемых (21 человек, 70%) ориентированы на эмоциональную реакцию на стресс, 4 человека (13,3%) стараются избегать решения проблем в стрессовой ситуации. 5 спортсменов (16,7%) используют стратегию, ориентированную на решение проблемной ситуации.

Таким образом, проанализировав данные в Точке 1, можно сделать вывод об однородности и сопоставимости исследуемых групп, что позволяет производить дальнейшие сравнения.

3.3.3 Динамика характеристик когнитивной сферы личности спортсмена после психокоррекции

После проведения психокоррекционных мероприятий спортсмены Группы 1А прошли повторную психодиагностику (Точка 2). Сравнительный анализ двух диагностических точек показал следующие результаты.

Динамика отношения к травме отражена в таблице 16.

Таблица 16 – Распределение типов отношения к болезни в Группе 1А в Точке 1 и Точке 2 (n=39)

ТОБОЛ	Точка 1		Точка 2	
Гармоничный	0	0%	18	46,2%
Ипохондрический	12	30,8%	0	0%
Меланхолический	1	2,6%	0	0%
Неврастенический	6	15,4%	2	5,1%
Сенситивный	3	7,7%	0	0%
Тревожный	16	41,0%	2	5,1%
Эгоцентрический	1	2,6%	1	2,6%
Эргопатический	0	0%	16	41,0%

У 34 спортсменов (87,2%) изменилось отношение к болезни с «дезадаптивных» типов, на «адаптивные» типы. 18 спортсменов (46,2%) демонстрируют Эргопатический тип, 16 человек (41,0%) – Гармоничный тип отношения к болезни. У 3 (7,7%) спортсменов отношение к травме осталось без изменений (2 человека – Неврастенический тип, 1 человек – Эгоцентрический тип). У 2 человек (5,1%) тип отношения к болезни изменился на Тревожный (у 1 человека - с Меланхолического, у 1 человека – с Ипохондрического). Несмотря на то, что Тревожный тип отношения к болезни свидетельствует о наличии признаков дезадаптации, в данном случае имеет место положительное влияние психоккоррекционных мероприятий.

Анозогнозический тип, как и при первичной диагностике, не выявлен ни у одного спортсмена. Для данного типа характерно «несерьезное» отношение к

болезни, избегание мыслей о возможных последствиях. Иногда отказ от проведения обследования и лечения. По-видимому, за счет того, что выборка сформирована на базе стационара из спортсменов, имеющих диагноз, прошедших или готовящихся к оперативному вмешательству, данный тип не встречается у пациентов, так как они уже находятся на лечении и мотивированы на его окончание. Возможно при проведении теста у испытуемых, не имеющих медицинского диагноза, проявится Анозогнозический тип отношения к болезни.

Таким образом, после проведенной психокоррекции 34 спортсменов (87,2%) из Группы 1 переведены в Группу 2 – отсутствуют признаки дезадаптации.

12,8% спортсменов (5 человек) не могут быть формально отнесены нами к Группе 2 в соответствии с типом отношения к травме. У 3 человек тип отношения к болезни остался прежним (Неврастенический – 2 человека, Эгоцентрический – 1 человек), у 2 спортсменов изменился на тревожный (с Меланхолического и Ипохондрического). Несмотря на это, показатели их психоэмоционального состояния также демонстрируют положительную динамику. Данные спортсменов отражены на рисунках 25-29.

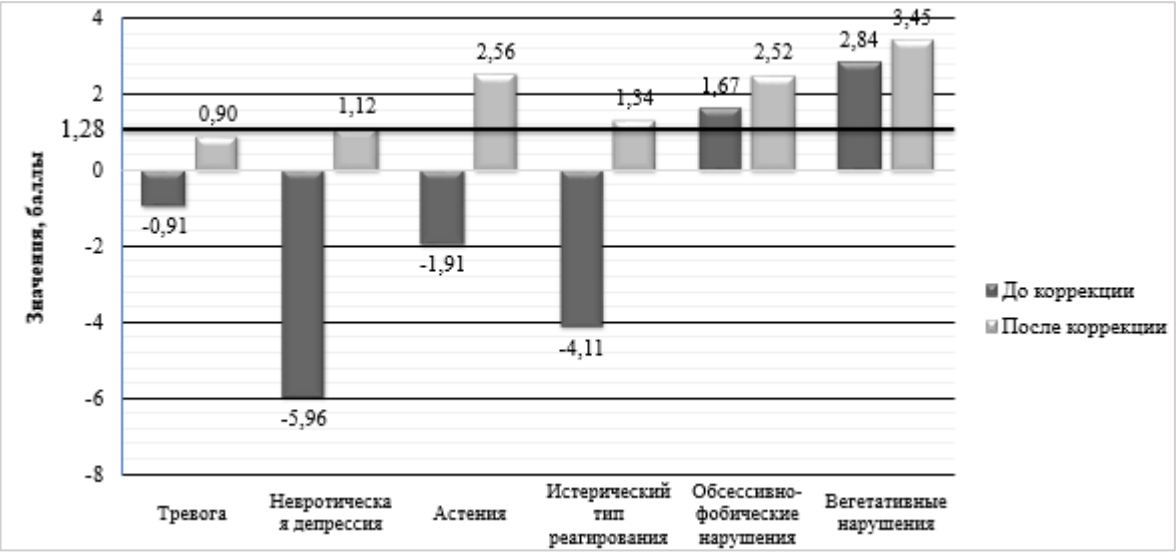


Рисунок 25 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП1* до и после психокоррекции

*Здесь и далее с целью соблюдения этических норм персональные данные спортсменов (ФИО) представлены в закодированном виде.

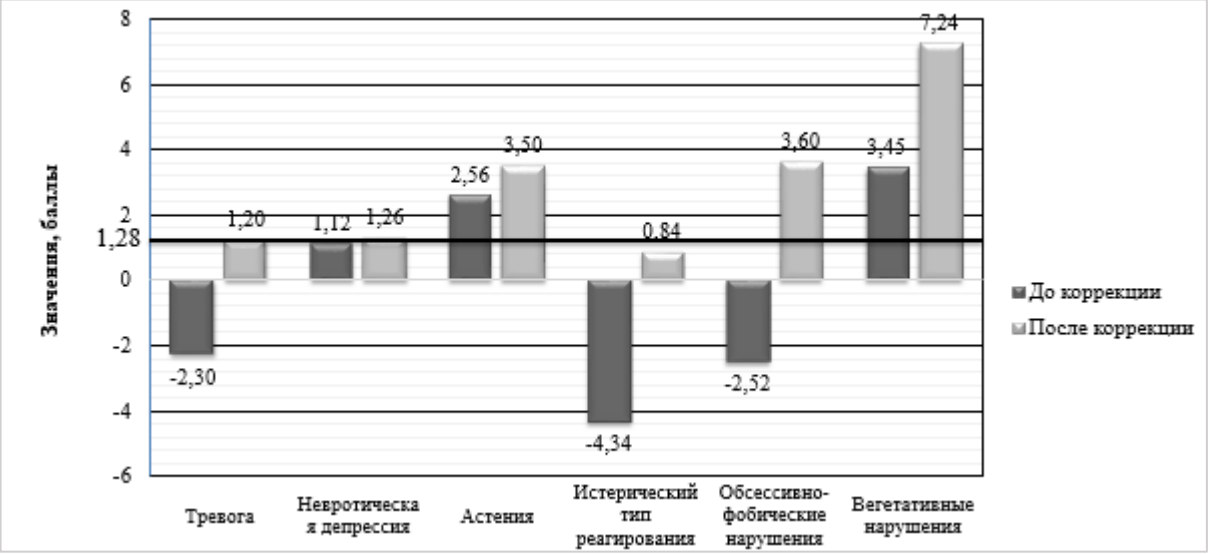


Рисунок 26 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП2 до и после психокоррекции

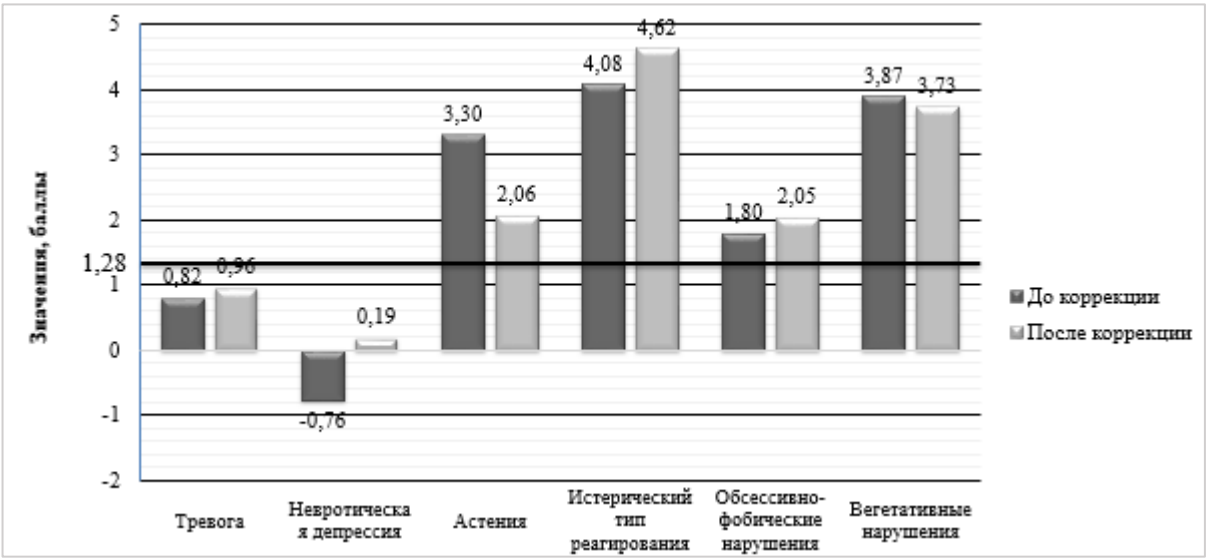


Рисунок 27 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП3 до и после психокоррекции

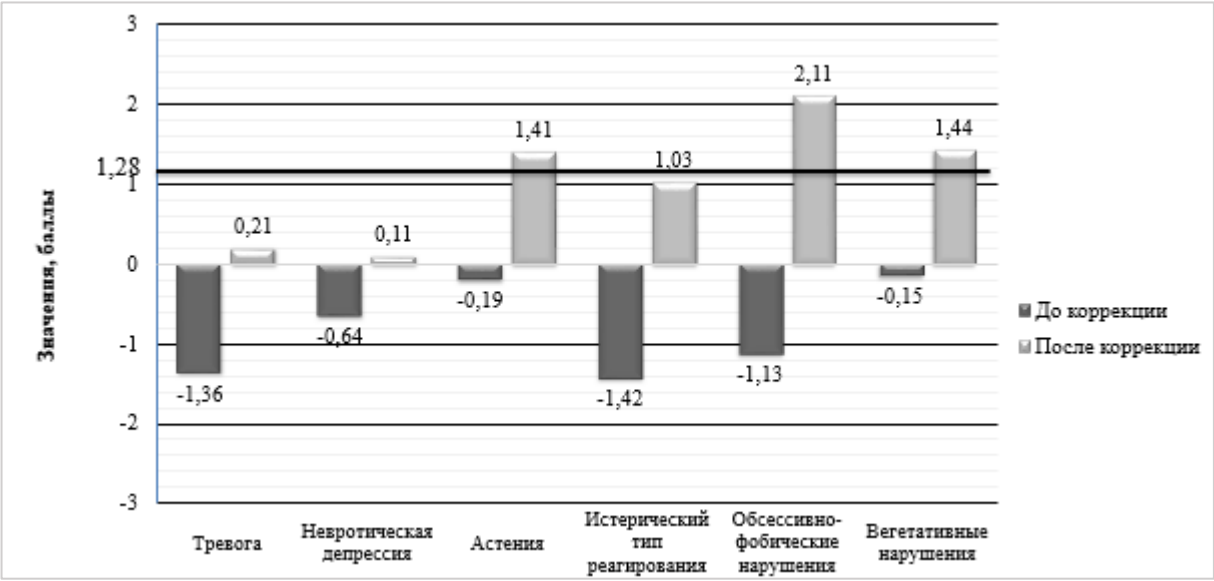


Рисунок 28 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП4 до и после психокоррекции

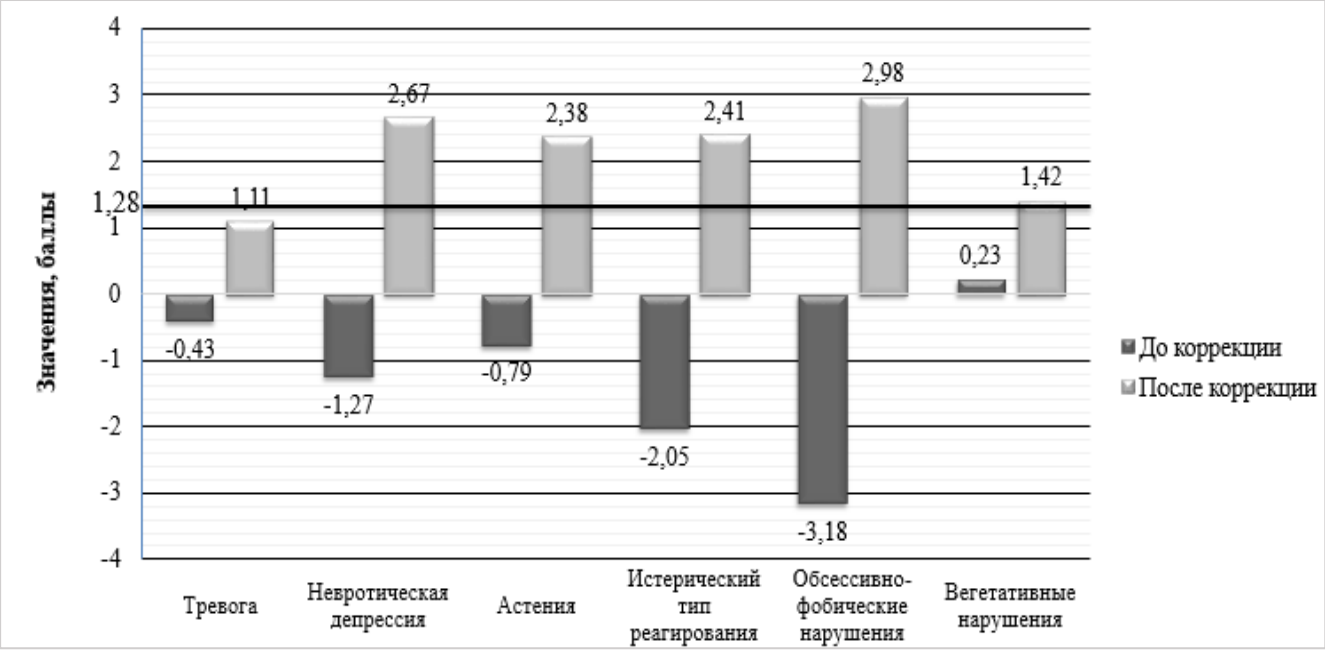


Рисунок 29 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП5 до и после психокоррекции

У каждого из пяти спортсменов изначально наблюдалась высокая степень выраженности невротических проявлений по одной или нескольким шкалам Клинического опросника. После проведенных психокоррекционных мероприятий наблюдается положительная динамика психоэмоционального состояния спортсменов.

По показателям Уровня субъективного контроля и преобладающей копинг-стратегии изменения носят не столь выраженный характер, однако данные личностные аспекты являются более стабильными, в связи с чем для их изменений нужно больше времени.

В таблице 17 представлены данные распределения типов отношения к болезни Группы 1Б в Точке 1 и Точке 2.

Таблица 17 – Распределение типов отношения к болезни в Группе 1Б в Точке 1 и Точке 2 (n=30)

ТОБОЛ	Точка 1		Точка 2	
Гармоничный	0	0%	2	6,7%
Ипохондрический	3	10,0%	3	10,0%
Неврастенический	7	23,3%	6	20,0%
Сенситивный	1	3,3%	1	3,3%
Тревожный	19	63,3%	13	43,3%
Эргопатический	0	0%	5	16,7%

Из 30 человек у 7 спортсменов (23,3%) без вмешательства психолога изменилось отношение к болезни с «дезадаптивных» типов, на «адаптивные» типы. 5 спортсменов (16,7%) демонстрируют Эргопатический тип, 2 человека (6,7%) – Гармоничный тип отношения к болезни. У 23 спортсменов (76,7%) отношение к травме осталось без изменений (6 человек – Неврастенический тип, 1 человек – Сенситивный тип, 3 человека – Ипохондрический тип).

3.3.4 Динамика характеристик эмоционально-волевой сферы личности спортсмена

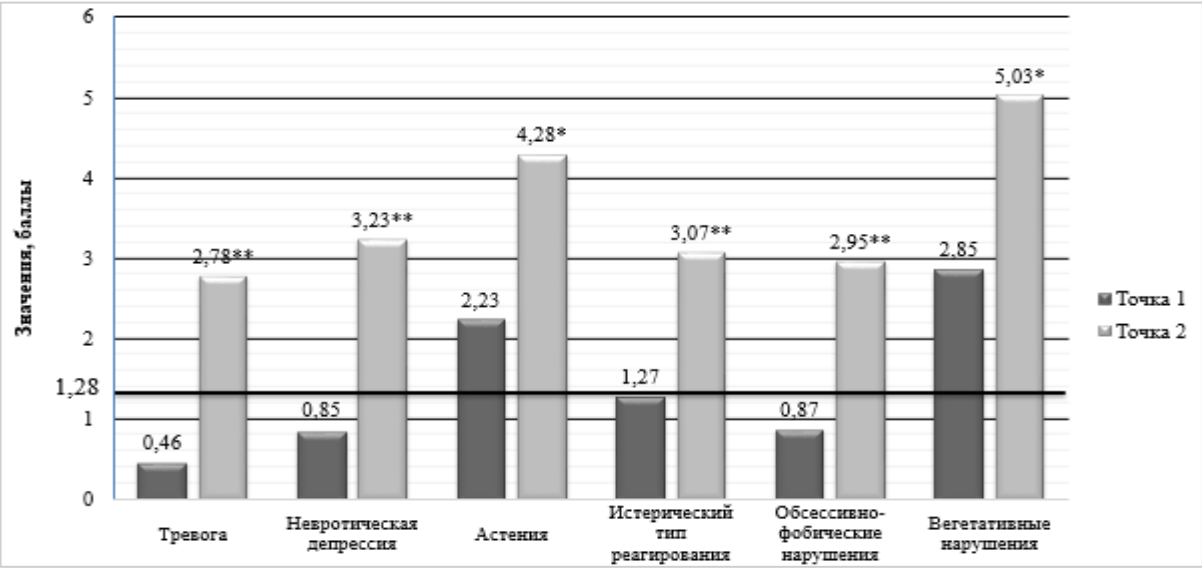
Результаты оценки динамики уровня невротизации спортсменов Группы 1А и Группы 1Б представлены в Таблице 18.

Таблица 18 - Динамика показателей невротизации Группы 1А (n=39) и Группы 1Б (n=30)

Показатели уровня невротизации		1 точка (M±SD, баллы)	2 точка (M±SD, баллы)
Тревога	Группа 1А	0,46±1,39	2,78±1,58*+
	Группа 1Б	0,70±0,99	1,20±0,56
Невротическая депрессия	Группа 1А	0,85±2,35	3,23±1,72*+
	Группа 1Б	0,93±1,09	1,30±0,60
Астения	Группа 1А	2,23±1,71	4,28±2,20*+
	Группа 1Б	2,24±0,90	2,20±0,60
Истерический тип реагирования	Группа 1А	1,27±2,51	3,07±1,45*+
	Группа 1Б	1,42±1,11	2,10±0,74
Обсессивно-фобические нарушения	Группа 1А	0,87±1,84	2,95±1,25*+
	Группа 1Б	0,98±0,94	1,72±0,66
Вегетативные нарушения	Группа 1А	2,85±1,97	5,03±2,24*+
	Группа 1Б	2,46±0,79	2,44±0,74

Примечание: «*» - различия между значениями в 1 и 2 точке исследования в Группе 1А на уровне $p \leq 0,05$;
«+» - различия между группами во 2 точке исследования на уровне $p \leq 0,05$;

На Рисунках 30 и 31 результаты представлены в графическом виде.



Примечание: «*» - различия между значениями в 1 и 2 точке исследования в Группе 1А на уровне $p \leq 0,05$;
«**» - различия между значениями в 1 и 2 точке исследования в Группе 1А на уровне $p \leq 0,01$;

Рисунок 30 – Динамика показателей уровня невротизации спортсменов в Группе 1А

У спортсменов из Группы 1А после проведения психокоррекционных мероприятий наблюдаются следующие изменения в психологическом состоянии. Значения шкал Тревоги, Невротической депрессии и Обсессивно-фобических нарушений, находившиеся ниже границы нормы, выросли с высокой степенью достоверности на 2,32 балла, 2,38 балла и 2,08 балла соответственно, достигнув значений, характеризующих отсутствие признаков невротизации ($p<0,01$). Другие индикаторы психологической адаптации также достоверно изменились в сторону увеличения, что свидетельствует о повышении адаптационных возможностей психики, снижении общего уровня невротизации и нормализации эмоционального состояния спортсменов.

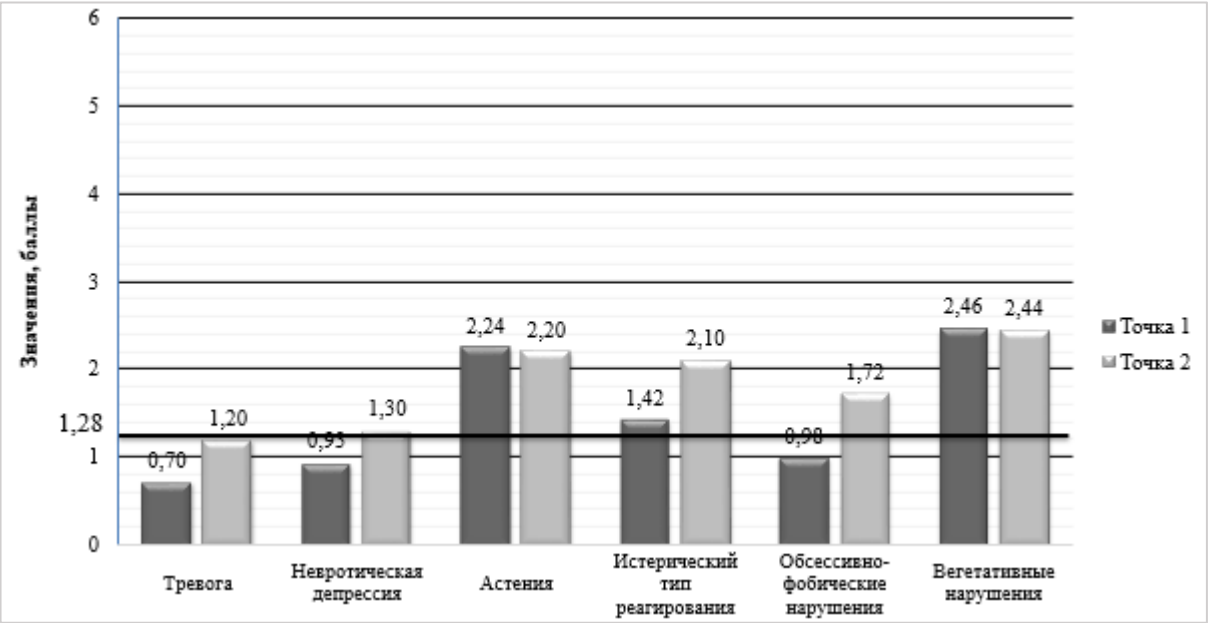
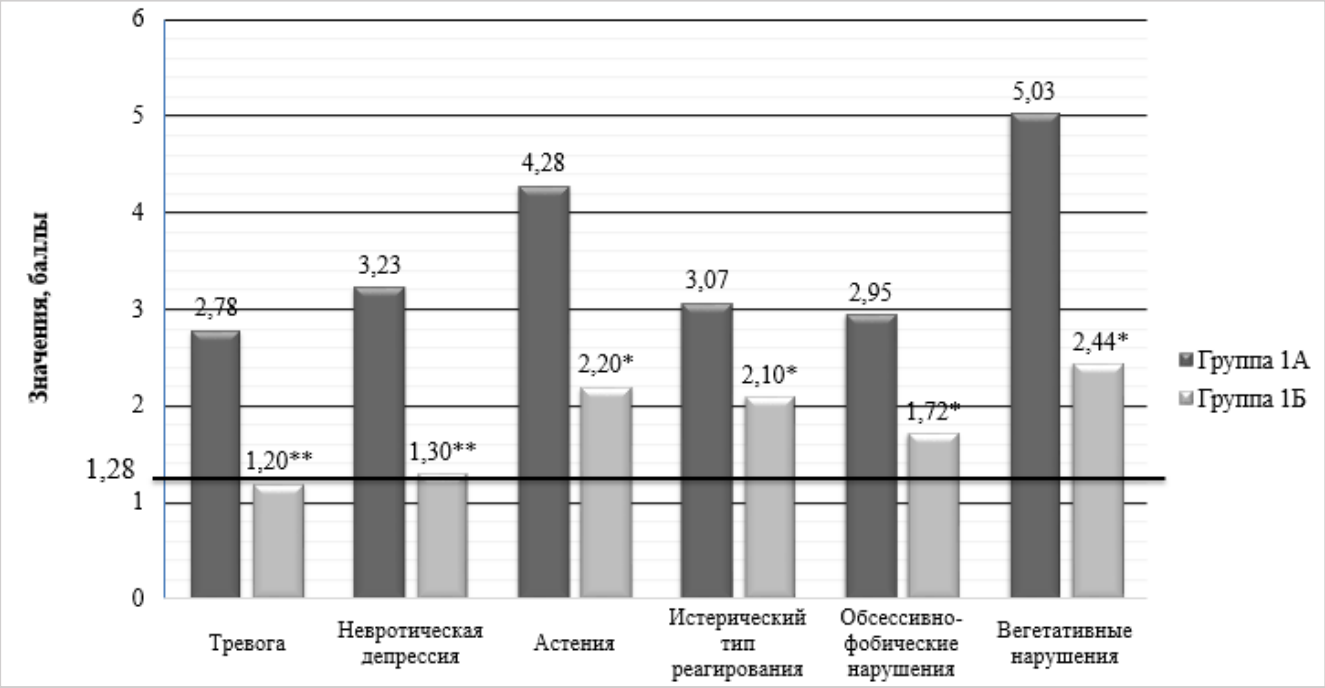


Рисунок 31 – Динамика показателей уровня невротизации спортсменов в Группе 1Б

У спортсменов Группы 1Б, не подвергавшихся психокоррекционному воздействию, наблюдается рост показателей по шкалам Тревоги (на 0,5 балла), Невротической депрессии (на 0,37 балла), Истерического типа реагирования (на 0,68 балла), Обсессивно-фобических нарушений (на 0,74 балла), однако ни по одной из шкал не зафиксировано достоверных значений, что может

свидетельствовать только о тенденции к снижению проявлений невротизации. Показатели шкал Астении и Вегетативных нарушений недостоверно снизились, тем не менее, их значения по-прежнему находятся в зоне нормы.

На рисунке 32 графически отражено сравнение результатов Группы 1А и Группы 1Б в Точке 2.



Примечание: «*» - различия между группами во 2 точке исследования на уровне $p \leq 0,05$;
«**» - различия между группами во 2 точке исследования на уровне $p \leq 0,01$;

Рисунок 32 – Оценка психологического состояния спортсменов Группы 1А и Группы 1Б во 2 точке исследования

Результаты, демонстрируемые спортсменами Группы 1А после прохождения психокоррекционных мероприятий во второй точке исследования, достоверно отличаются от данных спортсменов Группы 1Б, не подвергавшихся психокоррекции. Очень высокий уровень достоверности различий ($p \leq 0,01$) зарегистрирован по шкалам Тревоги и Невротической депрессии. По остальным признакам невротизации наблюдается высокий уровень достоверности различий ($p \leq 0,05$).

3.3.5 Динамика поведенческих характеристик личности спортсмена

Результаты диагностики изменений уровня субъективного контроля представлены в Таблице 19.

Таблица 19 - Уровень субъективного контроля в Группе 1А и Группе 1Б

Группа	N	Точка 1 (M±SD)	Точка 2 (M±SD)
Группа 1А	39	25,33±8,76	28,33±6,8
Группа 1Б	30	22,67±6,86	23,3±5,74*

Примечание: «*» - различия между группами во 2 точке исследования на уровне $p \leq 0,05$;

При анализе данных первичной психодиагностики в обеих группах была выявлена тенденция к интернальному локусу контроля, однако показатель УСК был недостаточно ярко выражен (25,33 и 22,67 баллов соответственно при границе между интернальным и экстернальным локусом контроля – 22 балла).

Из представленных данных видно, что уровень субъективного контроля не претерпел значительных изменений – локус контроля остался умеренно интернальным в обеих группах. Тем не менее, в Группе 1А наблюдается тенденция к росту показателя общей интернальности, что свидетельствует о повышении готовности спортсменов Группы А принимать решения и брать на себя ответственность за отдельные события и поступки, а также за свою жизнь в целом.

В Группе 1Б уровень субъективного контроля изначально был незначительно ниже, чем в Группе 1А. По прошествии месяца он не претерпел изменений, однако за счет роста показателя в Группе 1А, в Точке 2 наблюдаются достоверно значимые различия ($p \leq 0,01$).

Повторная оценка копинг-поведения спортсменов в стрессовой ситуации носила в большей степени эвристический характер, что, тем не менее, позволило получить представление об изменениях в оценке собственного поведения спортсменами. Мы не можем утверждать, что такая стабильная характеристика

поведения, как копинг-стратегия, действительно изменится, учитывая весьма кратковременный характер психокоррекционного воздействия. Не исключено, что в стрессовой ситуации спортсмен поведет себя в соответствии с привычным копингом. Однако на основе проведенного исследования представляется возможным выделить тенденции влияния психокоррекции на изменение в поведенческом компоненте психики спортсмена (рисунки 33 и 34).

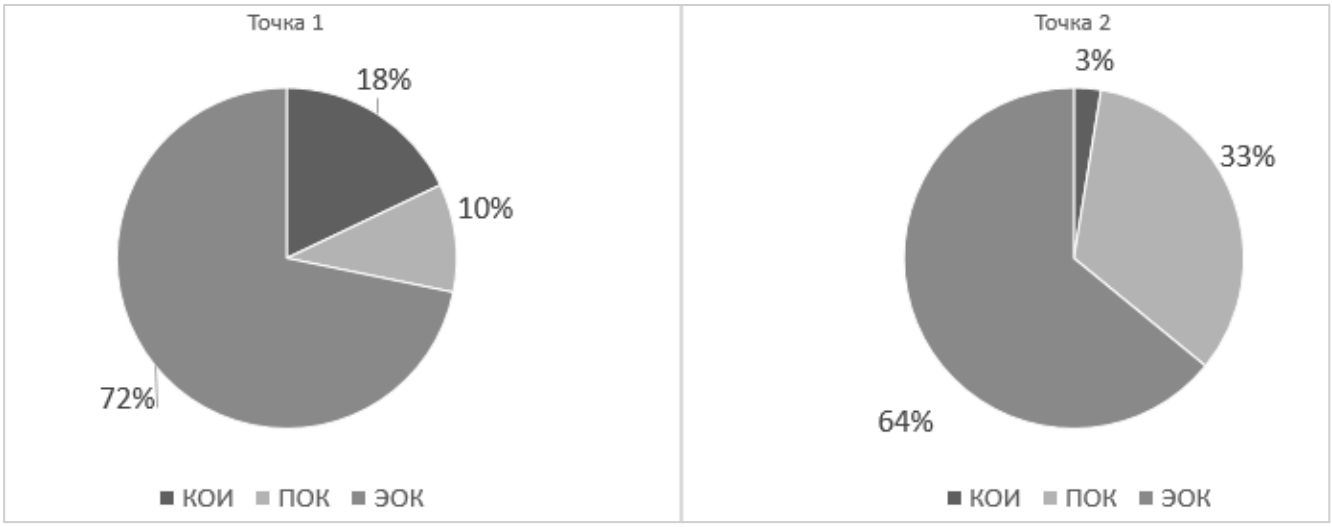


Рисунок 33 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях в Группе 1А в Точке 1 и Точке 2

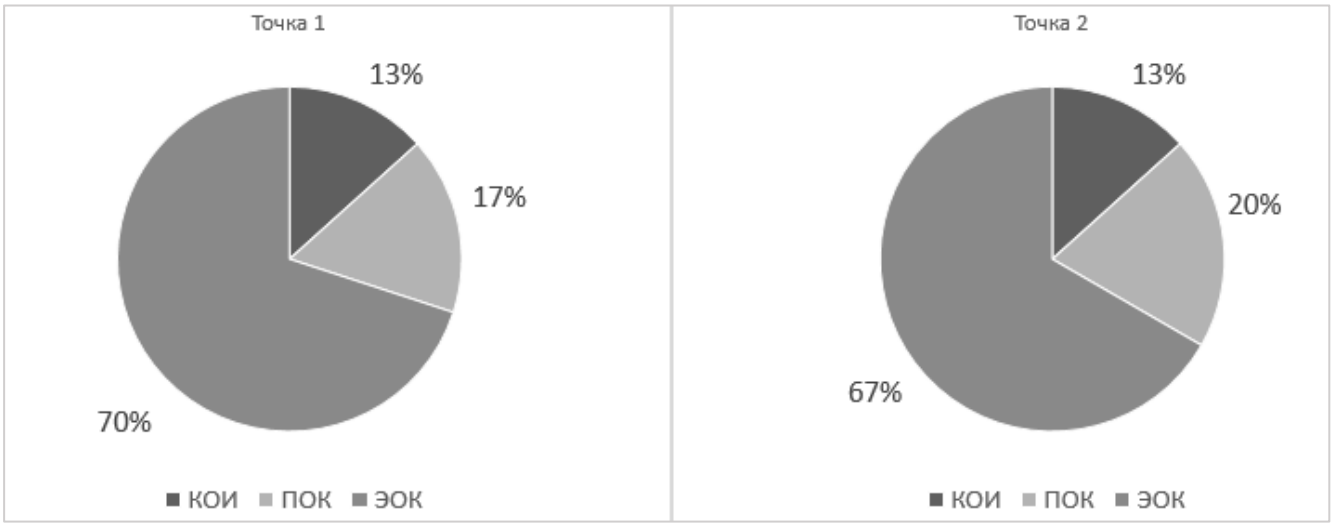


Рисунок 34 - Копинг-поведение в стрессовых ситуациях в Группе 1Б в Точке 1 и Точке 2

Из Рисунка 33 видно, что в Группе 1А из 7 человек (17,9%), использовавших стратегию избегания, только 1 человек (2,6%) предположил, что и в дальнейшем

будет вести себя подобным образом. 6 человек считают, что с высокой вероятностью в стрессовой ситуации продемонстрируют эмоционально-ориентированную копинг-стратегию. Такой подход, заключающийся в контроле над собственными эмоциями в ситуации стресса, свидетельствует о стремлении научиться применять на практике полученные навыки саморегуляции, а также влечет за собой формирование мотивации к достижению успеха (как альтернативу мотивации избегания неудач в случае копингом, ориентированным на уход от проблемы), что является более благоприятным в спорте высших достижений.

9 человек (23,1%), ранее демонстрировавшие эмоционально-ориентированную копинг-стратегию, изменили свое отношение в пользу поведения, ориентированного на разрешение проблемной ситуации. В дополнительной беседе с данными спортсменами по результатам психодиагностики было выявлено стремление справиться не только со своими эмоциями, но также суметь повлиять на ситуацию в целом.

Таким образом, психокоррекционные мероприятия оказали положительное влияние на поведенческий компонент психики спортсменов Группа 1А.

В Группе 1Б только 1 человек предположил, что в стрессовой ситуации будет использовать проблемно-ориентированную копинг-стратегию, вместо эмоционально-ориентированной. В остальном результаты спортсменов остались без изменения (рисунок 34).

Таким образом, разработанная программа психокоррекции показала свою эффективность в оптимизации психоэмоционального состояния спортсменов, находящихся в процессе восстановления после перенесенной травмы опорно-двигательной системы. Уровни проявления тревоги, невротической депрессии, Истерического типа реагирования и Обсессивно-фобических нарушений, находившиеся в Группе 1А ниже границы нормы до проведения психокоррекционных мероприятий, выросли с высокой степенью достоверности на 2,32 балла, 2,38 балла, 1,8 балла и 2,08 балла соответственно, достигнув значений, характеризующих отсутствие признаков невротизации ($p<0,01$). Другие индикаторы психологической адаптации также достоверно изменились в сторону

увеличения, что свидетельствует о повышении адаптационных возможностей психики, снижении общего уровня невротизации и нормализации психоэмоционального состояния спортсменов. В контрольной Группе 1Б ни по одной из шкал не зафиксировано достоверных изменений уровня невротизации.

Сравнительный анализ данных первичной и повторной диагностики локуса контроля после проведенных психокоррекционных мероприятий, позволяет сделать вывод о повышении уровня субъективного контроля в Группе 1А с высокой степенью достоверности ($p<0,01$) по сравнению с контрольной Группой 1Б. Это свидетельствует об усилении интернальности локуса контроля, то есть готовности принимать решения и брать на себя ответственность за отдельные события и поступки, а также за свою жизнь в целом.

На основе проведенного исследования представляется возможным выделить тенденции влияния психокоррекции на изменение в поведенческом компоненте психики спортсмена. В Группе 1А 9 человек, ранее демонстрировавшие эмоционально-ориентированную копинг-стратегию, изменили свое отношение в пользу поведения, ориентированного на разрешение проблемной ситуации. Из 7 спортсменов (17,9%), использовавших стратегию избегания, 6 предположили, что в стрессовой ситуации будут более ориентированы на эмоциональную стратегию поведения, что свидетельствует о стремлении научиться применять на практике полученные навыки саморегуляции. В контрольной Группе 1Б только 1 человек предположил, что в стрессовой ситуации будет использовать проблемно-ориентированную копинг-стратегию, вместо эмоционально-ориентированной. В остальном результаты спортсменов остались без изменения.

В когнитивной сфере в Группе 1А также наблюдаются изменения. У 87,2% спортсменов изменилось отношение к болезни с «дезадаптивных» на «адаптивные» типы. У 12,8% спортсменов типы отношения к болезни все еще нельзя отнести к благоприятным, тем не менее, показатели их психоэмоционального состояния также демонстрируют положительную динамику. В контрольной Группе 1Б у 23,3% спортсменов без вмешательства психолога изменилось отношение к болезни

с «дезадаптивных» на «адаптивные» типы. У остальных 76,7% спортсменов отношение к травме осталось без изменений.

3.3.6 Клинический пример

В процессе исследования нами была проведена работа со спортсменом, не попадающим по формальным признакам под критерии включения и, следовательно, не включенным в общую выборку. Однако полученные результаты представляют научный интерес, в связи с чем могут быть изложены в качестве клинического примера.

Спортсмен: СП6

Пол: женский

Возраст: 19 лет

Квалификация: МС

Соматический диагноз: разрыв ПКС коленного сустава

Спортсменка поступила в отделение спортивной травматологии для оперативного лечения. После проведенной операции на 2 сутки психологом была произведена попытка установления контакта со спортсменкой, однако в ответ на стандартное представление психологом, была получена агрессивная реакция, выражающая негативное отношение к психологам в целом и нежелание взаимодействовать. Психологом было принято решение о попытке установления контакта путем постепенного вовлечения пациентки в групповую психопрофилактическую работу, проводимую со спортсменками, размещающимися с СП6 в одной больничной палате, не требующими психокоррекции и не принимавшими участия в исследовании.

В результате контакт был установлен на втором групповом занятии, проводимом в данной палате, после чего спортсменка дала согласие на проведение психодиагностики. По результатам тестирования у спортсменки СП6 был выявлен Дисфорический тип отношения к болезни, для которого характерно гневливо-мрачное, озлобленное настроение, проявление агрессии, замкнутость. По степени

невротизации наиболее выраженными оказались шкалы Невротической депрессии (-4,36), Астении (-1,51) и Истерического типа реагирования (-3,98). В копинг-поведении выявлена преобладающая стратегия, ориентированная на избегание.

Психологом была выстроена тактика психопрофилактики на групповых занятиях с применением полимодальных психокоррекционных техник с постепенным вовлечением СП6 в процесс проработки различных вопросов, связанных как с переживанием травматического случая, так и других аспектов спортивной деятельности. Данная стратегия себя оправдала, пациентка с каждым занятием все более активно участвовала в групповом процессе, особенно комфортно чувствуя себя в роли «эксперта» в профессиональных вопросах, поскольку являлась наиболее квалифицированной спортсменкой в палате. Агрессивные высказывания сначала были заменены на скептические, в дальнейшем появилась заинтересованность. Наиболее эффективно показали себя упражнения с использованием метафорических карт и других проективных методик.

В результате СП6 приняла участие в 5 групповых занятиях. Результаты повторной психометрии представлены на Рисунке 35.

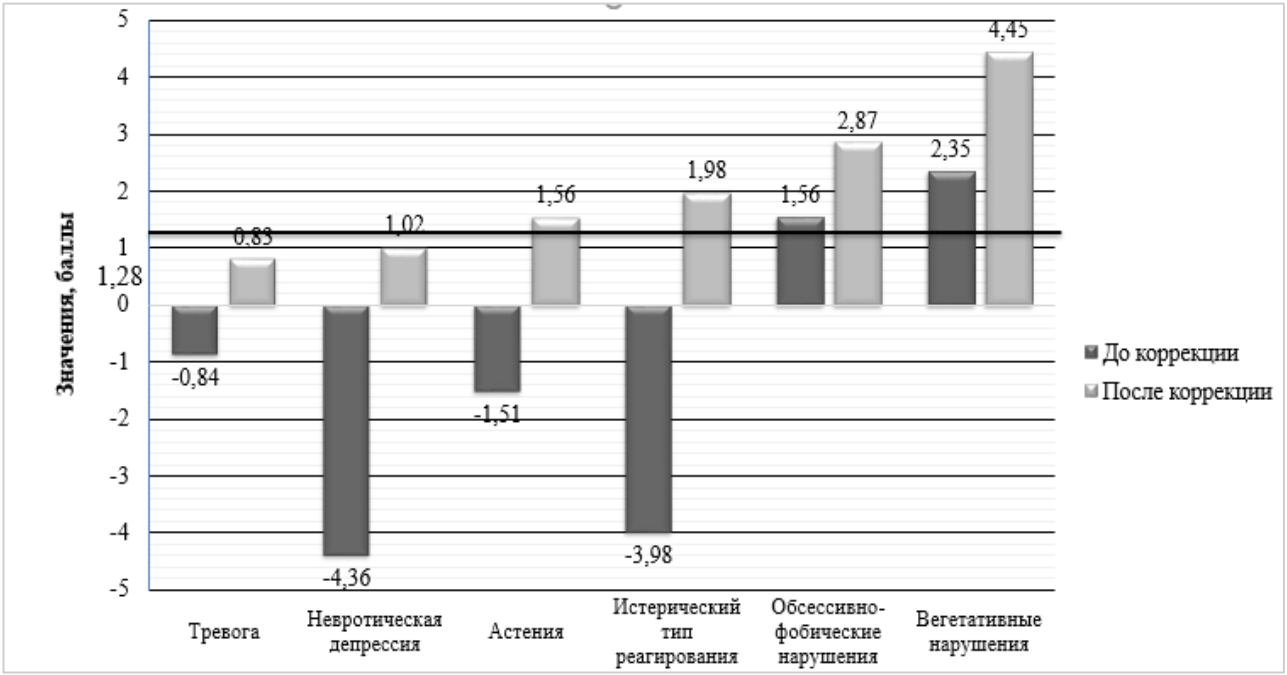


Рисунок 35 - Показатели невротических проявлений у спортсмена СП6 до и после психокоррекции

Показатели шкал Астении и Истерического типа реагирования пришли в норму, выросли показатели шкал Обсессивно-фобических и Вегетативных нарушений, пациентка начала демонстрировать более активную социальную позицию, общаться с соседями по палате. Остальные шкалы все еще находятся ниже нормы, однако наблюдается положительная динамика.

Тип отношения к болезни после участия пациенткой в психокоррекции изменился на Тревожный, при котором, несмотря на опасения и беспокойство, существует заинтересованность в процессе лечения, а также отсутствует агрессия. В профиле теста ТОБОЛ также высокое значение имеет Эргопатический тип, характерный для спортсменов в целом, при котором доминирует стремление как можно быстрее вернуться в работу. Вероятно, такое изменение связано с активным вовлечением спортсменки в процесс профессиональной дискуссии в качестве «эксперта», тем самым был подчеркнут ее высокий статус и профессиональная ценность.

По итогам повторной психодиагностики результаты психокоррекционной работы можно считать удовлетворительными. После необходимого курса физической реабилитации СП6 была выписана домой. В настоящее время спортсменка не только успешно вернулась в спортивную деятельность, но и завоевала титул Чемпиона Мира.

Данный клинический пример позволяет предположить эффективность различных вариантов и комбинаций психокоррекции, а также подтверждает ее необходимость в целом, что дает поле для дальнейших исследований в области психологии спортивной травмы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В соответствии с целью исследования - разработать программу комплексной диагностики и коррекции психологического состояния высококвалифицированных спортсменов, перенесших травму опорно-двигательной системы, были выполнены следующие задачи:

Проведен анализ исследований психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы, определены факторы влияния и индикаторы психологической адаптации в процессе восстановления спортсменов после травм. Литературный обзор показал, что данной теме посвящено крайне мало исследований в отечественной литературе, при высокой степени как теоретической, так и методологической и практической разработанности в мировой спортивной психологии. Концепции психологического реагирования на спортивную травму используются зарубежными исследователями и практическими специалистами с 1980-х годов. Основные принципы построения моделей согласуются с подходами отечественных психологических школ, методология которых используется в российской психологической практике. Принципы реагирования, в основу которых положено взаимодействие таких компонентов психики как когнитивная оценка, эмоциональная реакция и поведенческий ответ, составляют базис различных личностных теорий, в частности теории отношений В.Н. Мясищева. На основе полученной информации было принято решение о проведении исследования согласно Интегральной модели психологического реагирования на спортивную травму и восстановительный процесс [160], как наиболее полно отражающей происходящие с травмированным спортсменом изменения, а также учитывающей полный спектр факторов влияния как изнутри, так и извне.

Проведён ретроспективный анализ психологического состояния спортсменов высшей квалификации, перенесших травму опорно-двигательной системы и успешно вернувшихся в спорт высших достижений. По результатам проведенного исследования было выявлено, что успешное восстановление спортсмена после

травмы опорно-двигательной системы в соответствии с медицинскими, биомеханическими и функциональными критериями не является гарантией эффективного и завершенного психологического восстановления. Подтвержденная гипотеза данного этапа работы позволила убедиться в актуальности дальнейшего исследования, а также дала возможность использования индикаторов психологического состояния, диагностируемых при помощи «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» [81], как критериев успешности психологической адаптации спортсмена в условиях перенесенной травмы.

Проведена оценка психологического состояния спортсменов высокого класса, перенесших травму опорно-двигательной системы. Разработанная программа диагностики апробирована на спортсменах, находящихся на стационарном лечении после полученной травмы опорно-двигательной системы. По результатам диагностики получены выводы о том, что существует зависимость между типом отношения спортсмена к травме и его психологическим состоянием, а также присущим ему копинг-поведением в стрессовой ситуации. Спортсмены, имеющие «благоприятные» типы отношения к травме, демонстрируют отсутствие признаков невротических состояний. Типы отношения к болезни, свидетельствующие о наличии психологической и социальной дезадаптации, наблюдаются у спортсменов, чье психологическое состояние характеризуется наличием признаков невротических состояний – тревоги, невротической депрессии, истерического типа реагирования, обсессивно-фобических нарушений ($m<1,28$). В поведенческом аспекте спортсмены, которые в стрессовой ситуации пользуются стратегиями, ориентированными на решение проблемы, реагируют на травму более благоприятно с точки зрения дальнейшего восстановления и возвращения на прежний уровень спортивного мастерства.

На основании сравнительного анализа данных психодиагностики проведена оценка эффективности применения разработанной программы психокоррекции основанной на методах когнитивного подхода, для оптимизации психологического состояния спортсменов на этапе стационарного лечения. По результатам

диагностики, проведенной после психокоррекционных мероприятий, выявлено, что показатели проявления тревоги, невротической депрессии, истерического типа реагирования и обсессивно-фобических нарушений, находившиеся у спортсменов ниже границы нормы, выросли с высокой степенью достоверности, достигнув значений, характеризующих отсутствие признаков невротизации ($p<0,01$). Другие индикаторы психологической адаптации также достоверно изменились в сторону увеличения, что свидетельствует о повышении адаптационных возможностей психики, снижении общего уровня невротизации и нормализации психологического состояния спортсменов. Также можно сделать вывод о повышении уровня субъективного контроля с высокой степенью достоверности ($p=0,01$). Это свидетельствует об усилении интернальности локуса контроля, то есть готовности принимать решения и брать на себя ответственность за отдельные события и поступки, а также за свою жизнь в целом. Психокоррекционные мероприятия оказали положительное влияние также и на поведенческий и когнитивный компоненты психики спортсменов. 87,2% спортсменов, показавших при первичной диагностике «дезадаптивные» типы отношения к болезни, изменили свое отношение на «адаптивные» типы. При выявлении преобладания данных типов отношения к болезни делается вывод о том, что психологическая и социальная адаптация существенно не нарушена.

ВЫВОДЫ

1. У спортсменов, имевших в анамнезе травму опорно-двигательной системы, с высокой степенью достоверности обнаружены различия в сторону проявления невротизации по сравнению со значениями до травмы в следующих показателях уровня невротизации: невротическая депрессия (Δ=1,48; p=0,009), истерический тип реагирования (Δ=1,46; p=0,001), обсессивно-фобические нарушения (Δ=1,03; p=0,010). Выявлены достоверные различия между показателями невротизации: тревога (Δ=1,71; p=0,014), истерический тип реагирования (Δ=0,95; p=0,050), обсессивно-фобические нарушения (Δ=1,23; p=0,045) у спортсменов, успешно вернувшихся на прежний уровень спортивного мастерства после травмы опорно-двигательной системы, и спортсменов, не имевших в анамнезе подобных травм.

2. Травмированные спортсмены с «дезадаптивными» типами отношения к болезни демонстрируют признаки невротических состояний (m<1,28) – тревогу (0,56±1,23), невротическую депрессию (0,89±1,89), истерический тип реагирования (1,55±2,03), обсессивно-фобические нарушения (1,13±1,54). В поведенческом компоненте преобладает эмоционально-ориентированная копинг-стратегия (71,0%). Спортсмены, имеющие «адаптивные» типы отношения, демонстрируют отсутствие признаков невротических состояний (m>1,28). В поведенческом компоненте преобладает проблемно-ориентированная стратегия (75,7%). Спортсмены с «дезадаптивными» типами имеют менее выраженный интернальный локус контроля, нежели спортсмены с «адаптивными» типами (Δ =5,81, p=0,03).

3. У всех спортсменов, подвергавшихся психокоррекционному воздействию, определена положительная динамика психологического состояния, при этом у 87,2% спортсменов изменилось отношение к болезни с типов, демонстрирующих наличие признаков дезадаптации, на типы, демонстрирующие отсутствие признаков дезадаптации. Уровни проявления тревоги, невротической депрессии и обсессивно-фобических нарушений, находившиеся у спортсменов в группе коррекции ниже границы нормы до проведения психокоррекционных

мероприятий, повысились на 2,34 балла, 2,69 балла и 1,74 балла соответственно, достигнув значений, характеризующих отсутствие признаков невротизации ($p<0,01$). Повысился уровень субъективного контроля ($p=0,01$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При работе со спортсменами высокого класса необходимо учитывать психологические закономерности, являющиеся типичными для представителей «экстремальных» профессий, однако с целью наиболее эффективного психологического сопровождения профессиональной деятельности спортсменов высокого класса необходимо производить тщательный подбор и, при необходимости, адаптацию любых воздействий психологического характера, а также контролировать их выполнение спортивным психологом, прошедшим специализированную подготовку, знающим особенности тренировочно-соревновательного процесса и личности спортсмена.

2. Для определения восприятия травмы спортсменом высокого класса рекомендовано диагностическое исследование с использованием методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), выявляющей преобладающий тип отношения к болезни, который может быть отнесен к блоку «адаптивных» или «дезадаптивных» типов с точки зрения прогноза для дальнейшего восстановления.

3. Выявленные типы отношения к болезни, относящиеся к «дезадаптивному» блоку (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы), являются показанием к проведению психокоррекционных мероприятий.

4. Для определения психологического статуса спортсмена рекомендована психодиагностическая методика «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний», шкалы которого могут являться критериями эффективности психокоррекционных мероприятий.

6. Программа коррекции психологического состояния, основанная на когнитивном психотерапевтическом подходе, рекомендована для использования в составе медико-психологического сопровождения спортсмена, перенесшего травму опорно-двигательной системы и находящегося на лечении в условиях стационара, в рамках медико-биологического обеспечения спорта высших достижений.

7. Психокоррекционные мероприятия рекомендуется проводить в индивидуальном формате. Психокоррекционный эффект достигается при проведении в среднем 5 сессий по 30-40 минут каждая, в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов, а также от характера полученной травмы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

M – среднее значение показателя в выборке;

N – количество испытуемых;

P - уровень достоверности различий между значениями;

SD – стандартное отклонение от среднего;

ВАШ - визуально-аналоговая шкала;

ДИ – доверительный интервал;

КОИ – стиль, ориентированный на избегание;

ОДС – опорно-двигательная система;

ПКС – передняя крестообразная связка;

ПОК – проблемно-ориентированный стиль;

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство;

ТОБОЛ – тип отношения к болезни;

УМО – углубленный медицинский осмотр;

УСК – уровень субъективного контроля;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

ЭОК – эмоционально-ориентированный стиль;

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеев, С.В. Спортивное право России. Правовые основы физической культуры и спорта. 2-е изд. – М: 2012. - 671с.

2. Алексеев, А.В. Познай себя, или Ключи к резервам психики: практикум по психагогике. - Ростов н/Д: 2004. – 157 с.

3. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1975. - 447 с.

4. Багадирова, С.К. Профессионализация спорта: этапы развития профессионала // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения: материалы XVIII Междунар. науч.-практ. конф. / под общ. ред. С.С. Чернова. Новосибирск: 2011. С. 483-487.

5. Баевский, Р.М., Берсенева, А.П. Введение в донозологическую диагностику. - М.: Слово. - 2008. - 216 с.

6. Байковский, Ю. В. Терминология экстрима. энциклопедический словарь-справочник экстремальных видов спортивной деятельности / Ю. В. Байковский, П. П. Захаров, А. И. Мартынов, А. В. Пилькевич, Д. В. Провалов и др. // авт.-составитель Ю.В. Байковский. – М.: Вертикаль; ТВТ дивизион, 2014. – 292 с.

7. Байковский, Ю.В. Факторы, определяющие экстремальность спортивной деятельности / Ю.В. Байковский // Экстремальная деятельность человека – 2016. – №2(39). – С. 55-59.

8. Бакуняева, Д.С. Значение травмы в профессиональной подготовке спортсменов высших достижений // Спортивный психолог.-2016.- №3 (38).- С. 38-42

9. Бакуняева, Д.С. Психологические факторы профессиональной успешности в спорте высших достижений// Акмеология.- 2015.-№4(56). – С. 103-107

10. Батурин, Н.А. Психология успеха и неудачи в спортивной деятельности: учеб. Пособие, Челябинск, 1999, - 10 с.

11. Башкиров, В.Ф. Профилактика травм у спортсменов // Физкультура и спорт, М.: 1987 - С. 176-185.

12. Башкиров, В.Ф. Профилактика травм у спортсменов / В. Ф. Башкиров - М.: Физкультура и спорт, 1987. - 155 с.

13. Бочавер, К.А., Довжик, Л.М. Преодоление профессиональными спортсменами стресса, связанного с травмой / К.А. Бочавер, Л.М. Довжик // Человек, субъект, личность в современной психологии. Материалы Международной конференции, посвященной 80-летию А.В. Брушлинского. Том 3 / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Сергиенко. – М.: Институт психологии РАН, 2013. – С. 554-557.

14. Брушлинский А.В. Культурно-историческая теория мышления. Изд. стереотип. URSS. 2020. 118 с

15. Валеев Н.М. Некоторые особенности реабилитации спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата // Теория и практика физической культуры, М.: 2004, №1, - С. 28-30

16. Велитченко, В.К. «Физкультура без травм» / В. К. Велитченко. - М. : Просвещение, 1993. – 128 с.

17. Горбачёв О.Ю., Овинников А.А., Щегольков А.М., Сапегин А.Н., Высоцкий А.Е., Горнов С.В., Ступин Ф.П. Применение методов интегративной медицины в центре медицинской реабилитации летного состава. Военно-медицинский журнал. 2017. Т. 338. № 1. С. 45-49.

18. Горская, Г.Б. Психологические эффекты ранней профессионализации личности// Человек. Сообщество. Управление. Научно-информационный журнал. –Краснодар: КубГУ 2008, № 3, С.106 – 113.

19. Горская, Г.Б. Психологическое обеспечение многолетней подготовки спортсменов. Краснодар: Изд-во КГУФКСТ, 2008. - 220 с.

20. Горская, Г.Б., Самойлов, А.С. Стратегии психологического сопровождения подготовки спортсменов-олимпийцев: зарубежный опыт // Спортивный психолог. Специальное приложение. М.–2014.–С.11-18

21. Горская, Г. Б. Макровременные регуляторы психических нагрузок высококвалифицированных спортсменов // Теория и практика физической культуры. - 1994. - № 11. - С. 8-11.

22. Горская, Г.Б. Мотивационные регуляторы деятельности спортсменов в спорте высших достижений // Актуальные проблемы психологии труда, инженерной психологии и эргономики / под ред. А.А. Обознова, А.Л. Журавлева. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – Вып. 5. – С. 233-249

23. Горская, Г.Б. Организационный стресс в спорте: источники, специфика проявлений, направления исследований / Г.Б. Горская // Физическая культура, спорт – наука и прак- тика. – 2012. – № 4. – С. 74-76.

24. Дмитриев, С.В. Влияние психологических факторов на спортивный результат.– М.: Физкультура и спорт, 1992. – 112 с.

25. Довжик, Л.М. Спортивная травма как жизненное событие. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Институт психологии РАН. Москва, 2018

26. Довжик, Л.М., Нартова-Бочавер, С.К. Совладание с травмой у профессиональных спортсменов / Л.М. Довжик, С.К. Нартова-Бочавер // Клиническая и специальная психология. – 2015. – Том 4. – №2. – С. 25–38.

27. Зайцев, В.П., Айвазян, Т.А. Психодиагностика и психометрия в соматической медицине // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 3 (5). – С. 2

28. Зейгарник, Б.В., Холмогорова, А.Б., Мазур, Е.С. Саморегуляция поведения в норме и патологии // Психологический журнал.1989. №2 – С. 122-131

29. Зинченко, Ю.П., Тоневицкий, А.Г. Психология спорта. Монография М., 2011, С.308-327

30. Калинин, Е.А., Кирюшин, Ю.Я. Исследование особенностей мотивации достижения у высококвалифицированных спортсменов// Вопросы спортивной психогигиены. М., 1975, Вып.3. - С. 23-30.

31. Калмыков, С.В., Сагалеев, А.С. Актуальность исследования спорта как модели деятельности человека в экстремальных условиях в контексте дихотомии «Восток-Запад» // Теория и практика физической культуры. -2000. - N10. - С. 38-40

32. Кашапов, М.М., Огородова Т.В.. Токарева В.Б. Взаимосвязь локуса контроля с компонентами личности спортсмена// Ярославский педагогический вестник, 2015 – № 5, С.178-183

33. Кижнерова, Ж.А. Психологические особенности спортсменов как факторы их профессионального успеха// «Психология в экономике и управлении» – Иркутск, №2,2012.-С.119-122.

34. Крюкова, Т.Н. О методологии исследования и адаптации опросника диагностики совладающего (копинг) поведения // Психология и пракчика: Сб. научн. трудов. Вып. 1. / Отв. ред. В.А. Соловьева. - Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2001. - С. 70-82.

35. Леонов, С.В. Переживание спортивной травмы// Национальный психологический журнал, М., 2012, №2. – С. 136-143

36. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность : учебное пособие / А.Н. Леонтьев. – 2-е издание, стереотипное. – Москва : Смысл : Академия, 2005. – 352 с.

37. Ломов, Б. Ф. Системность в психологии. М. -Воронеж, 1996.

38. Лурия, А.Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 384 с.

39. Макарова, Г.А. Спортивная медицина / Г.А. Макарова. – М.: Советский спорт, 2003. – 480 с.

40. Матвеев, Л. П. Проблема периодизации спортивной тренировки / Л. П. Матвеев. - М.: ФиС, 1965.- 173 с.

41. Мясищев, В.Н. Психотерапевтическая энциклопедия / Под. ред. Б. Д. Карвасарского. — Изд. 2-е, доп. и перераб.. — СПб.: Питер, 2000. — 1024 с.

42. Основы теоретической психологии : [Учеб. пособие для вузов] / А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. - Москва : Инфра-М, 1998. - 526 с

43. Орлова, В. В., Халалеева О. Е. Теоретические и методические аспекты построения тренировочного процесса в циклических видах спорта (академическая гребля) // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 30. – С. 41–45.

44. Павлов, С.Е. Лазерная стимуляция в медико-биологическом обеспечении подготовки квалифицированных спортсменов: практическое пособие: [12+] / С.Е. Павлов, А.Н. Разумов, А.С. Павлов. – Москва: Спорт, 2017. – 216 с.

45. Павлов, С.Е. Основы медико-биологического обеспечения подготовки квалифицированных спортсменов / С.Е. Павлов, А.Н. Разумов, Т.Н. Павлова. – М. : Издательство «ОнтоПринт», 2018. – 340 с.

46. Платонов, В.Н. Подготовка квалифицированных спортсменов. – М: Физкультура и спорт: 1986. – 285 с.

47. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. / Марищук В.Л., Евдокимов В.И. — Спб.: Издательский дом «Сентябрь», 2011. – 154 с.

48. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии /Под общей ред. А.А. Крылова, С.А. Маничева. – СПб.: Питер, 2002. – 560 с.

49. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / сост. Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб: 2005. - 33 с.

50. Психологические тесты / сост. С. Касьянов. - М. : Эксмо, 2006. - 608с. С. 553-559.

51. Пуни, А.Ц. Очерки психологии спорта. М.: Физкультура и спорт.-1959 - .307с.

52. Пуни, А. Ц. Формирование и актуализация мотивов участия в соревнованиях / А.Ц. Пуни // Спортивная психология в трудах отечественных специалистов / Сост. и общая редакция И. П. Волкова. — СПб.: Питер, 2002. – С. 219-231.

53. Разумов, А.Н. Адаптационные резервы организма и их коррекция с применением биоинформационных технологий: монография/ А.Н. Разумов, Л.В. Шарова, Ю.И. Кравцов -Пермь: Перм.гос.пед.ун-т, 2011 – 298 с.

54. Разумов, А.Н. Неспецифическое восстановление здоровья - основа лечебного процесса./ А.Н. Разумов, М.И. Фомин – Москва:МАКС Пресс, 2008. – 360 с.

55. Родионов, А.В. Влияние психологических факторов на спортивный результат. – М.: Физкультура и спорт, 1987. - 112с.

56. Романова, Е.С. Экспериментальная психология. Хрестоматия. - СПб.: Питер, 2007. 496 с.

57. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. — М., 1970.

58. Рудик, П.А. Психологическая подготовка спортсменов различных видов спорта к соревнованиям. - М.: ФиС, 1968. – 168 с.

59. Рыжов, Б.Н., Кожинова, О.В., Ксенофонтова, К.М., Карпова, О.И. Психологический отбор лиц экстремальных профессий. Системная психология и социология. 2015. № 2 (14). С. 5-14.

60. Рыжов, Б.Н. Система мотивационных оппозиций как основа психологической индивидуальности. Системная психология и социология. 2020. № 4 (36). С. 5-21

61. Рыжов, Б.Н. Я-реальное, Я-идеальное и Я-скрытое. Системная психология и социология. 2020. № 2 (34). С. 5-20.

62. Сафонов, В.К. Психология спорта – современные задачи научно-практического обеспечения спортивной деятельности. // Национальный психологический журнал.–2012.–2(8).– с.71-74.

63. Сафонов, В.К. Психология в спорте: теория и практика / Сафонов В.К. СПб: Издательство С.- Петербургского университета, 2013.– 232с.

64. Селье, Г. Очерки об адаптационном синдроме. - М.: Медицина, 1980. - 192 с.

65. Сивицкий, В.Г., Родионов В.А. Эффективная система управления психическим состоянием в спорте // Системная психология и социология. - 2011. - № 4. - С. 115-122.

66. Системный подход к профилактике травматизма в спорте: зарубежный опыт [Текст]: реферативный сборник аннотированных переводов / сост. Г.А. Макарова., С.А. Локтев – Краснодар: КГУФКСТ, 2012. – 82 с.

67. Сопов, В.Ф. Теория и методика психологической подготовки в современном спорте, М. 2010. - 120с.

68. Сопов, В.Ф., Мнацаканян, Б.Х. Детерминанты демотивации в спортивной деятельности.// Журнал «Спортивный психолог» № 1, 2014. С. 14-18.

69. Спортивная медицина:/ Учебник для институтов физической культуры под ред. Карпмана В. Л. – М.: Физкультура и спорт, 1987.-304с.

70. Спортивная психология /под общей редакцией В.А. Родионова, А.В. Родионова, В.Г. Сивицкого. М.: Юрайт, 2014. 367 с.

71. Стамбулова, Н.Б. Психология спортивной карьеры – СПб.: Центр карьеры, 1999 – 1

72. Столяров, В.И. Философия спорта и телесности человека: Монография. В 2-х кн. - Книга I. Введение в мир философии спорта и телесности человека. – М.: Издательство «Университетская книга», 2011. – 766 с.

73. Трушков, К.О. Спортивный травматизм, его особенности, виды, профилактика / К.О. Трушков // Вестник научного общества студентов, аспирантов и молодых учёных. – 2015. – № 3. – С. 213-215.

74. Турсунов Н. Б., Газиев Ш. Ш. Структурный анализ травматизма у спортсменов-единоборцев // Молодой ученый. — 2016. — №16. — С. 404-409.

75. Харитонов, С.В., Зайцев, В.П., Голубев, М.В., Кукшина, А.А. «Интрапсихическое интервью» у здоровых и больных с депрессивными расстройствами. /. – Обозрение психиатрии и медицинской психологии. - №3. - 2017. – с.46-51.

76. Харитонов, С.В. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств личности. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Москва, 2013 год.

77. Харитонов, С.В. Комплаенс пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами и интенсивность когнитивно-поведенческой

психотерапии/ С.В. Харитонов, М.В. Голубев //Журнал «Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии». - №1, 2018. – с.

78. Харитонов, С.В. Руководство по когнитивно-поведенческой психотерапии. М.: Психотерапия, 2009. 173 с.

79. Шаболтас, А.В. Мотивы занятия спортом высших достижений в юношеском возрасте// автороеф. дисс. канд. наук. – Спб.- 1998. -20с.

80. Щегольков А.М., Горнов С.В., Макиев Р.Г., Шакула А.В. Медико-психологическая реабилитация летчиков, перенесших стрессовое воздействие. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2020. Т. 97. № 6-2. С. 138.

81. Яхин, К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний / Клиническая и медицинская психология: Практическое руководство. М., 1998. С.545–552.

82. Andersen, M.B., Williams, J.M. A model of stress and athletic injury: Prediction and prevention. Journal of Sport & Exercise Psychology, 1998. 10, - P. 294-306.

83. Appaneal, R. N., Levine, B. R., Perna, F. M., & Roh, J. L. (). Measuring postinjury depression among male and female competitive athletes. Journal of Sport and Exercise Psychology, 31, 2009 – P. 60–76.

84. Arvinen-Barrow M. Back to basics: using goal setting to enhance rehabilitation.Sport Exerc Med 2008 - P.15–9.

85. Blackwell B., P.McCullagh. The relationship of athletic injury to life stress, competitive anxiety and coping resources // Athletic Training, 1990, №25, P.23-27

86. Brewer, B. W. Psychology of sport injury rehabilitation. In G. Tenenbaum R. C. Eklund (Eds.), Handbook of sport psychology (3d ed.,). New York: Wiley. 2007 - P. 404–424

87. Brewer, B. W., Cornelius, A. E., Sklar, J. H., Van Raalte, J. L., Tennen, H., Armeli, S., et al. Pain and negative mood during rehabilitation after anterior cruciate ligament reconstruction: A daily process analysis. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 17, 2007. - P.520–529.

88. Brewer, B.W. Self-identity and specific vulnerability to depressed mood. Journal of Personality. 61. 1993. – P. 343-364.

89. Brewer, B.W. Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. Journal of Applied Sport Psychology. 6. 1994. – P.87-100.

90. Brewer, B.W., Linder, D.E., Phelps, C.M. Situational correlates of emotional adjustment to athletic injury. Clinical Journal of Sport Medicine. 5. 1995. –P.241-245.

91. Brewer, B.W., Petitpas, A.J., VanRaalte, J.L., Sklar, J.H. Ditmar, T.D. Prevalence of psychological distress among patients at a physical therapy clinic specializing in sports medicine. Sports Medicine. Training and Rehabilitation. 6, 1995. – P.139- 145.

92. Brewer, B.W., Petrie, T. A comparison between injured and uninjured football players on selected psychosocial variables. The Academic Athletic Journal. 10. 1 1995. – P.1-18,

93. Bridgeman, Patrick J., Mary Barna Bridgeman, и Joseph Barone. «Burnout Syndrome among Healthcare Professionals». American Journal of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists 75, вып. 3 2018: - P.47–52.

94. Burton D, Naylor S, Holliday B. Goal setting in sport: investigating the goal effectiveness paradox. In: Singer R, Hausenblas H, Janelle C, editors. Handbook of sport psychology. 2nd edition. New York, NY: Wiley; 2001. - P. 497–528.;

95. Chan, C.S., Grossman, H.Y. Psychological effects of running loss on consistent runners. Perceptual and Motor Skills, 66. 1988. – P.875-883.

96. Chirico, Francesco, Tarja Heponiemi, Milena Pavlova, Salvatore Zaffina, и Nicola Magnavita. «Psychosocial Risk Prevention in a Global Occupational Health Perspective. A Descriptive Analysis». International Journal of Environmental Research and Public Health 16, 14 2019

97. Chirico, Francesco. «Job Stress Models for Predicting Burnout Syndrome: A Review». Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita 52, вып. 3 (сентябрь 2016 г.): 443–56.

98. Classification of Injuries in Athletics. Injuries in Athletics: Causes and Consequences, 2008. – P.3–23

99. Clement D, Granquist M, Arvinen-Barrow M. Psychosocial aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. J Athletic Train 2013;48(4):512–21.

100. Connelly, S.L. Injury and self-esteem: A rest of Sonstroem and Morgan's model. Unpublished master thesis, South Dakota State University, Brookings. 1991 – P. 34-38

101. Duda, J. L., Smart, A. E., & Tappe, M. K. Predictors of adherence in rehabilitation of athletic injuries: An application of personal investment theory. Journal of Sport and Exercise Psychology, 11, 1989. – P.367–381.

102. Durand, Anne-Claire, Catherine Bompard, Julia Sportiello, Pierre Michelet, и Stéphanie Gentile. «Stress and Burnout among Professionals Working in the Emergency Department in a French University Hospital: Prevalence and Associated Factors». Work (Reading, Mass.) 63, 1 2019. – P.57–67.

103. Dvorak, J., Junge, A., Chomiak, J., Graf-Baumann, T., Peterson, L., Rosch, D., Hodgson, R. Risk factor analysis for injuries in football players: Possibilities for a prevention program American Journal of Sports Medicine, 28(90005), 2000. – P. 69–74.

104. Endler N.S.. Parker J.D.A. Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) - Manual. - Toronto, Canada: Multi-HealthSystem, Inc. 1990

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

106. Evans, L., Hardy, L. Injury rehabilitation: A goal-setting intervention study. Research Quarterly for Exercise and Sport, 73, 2002. – P.310–319.

107. Feltz D. The psychology of sports injuries. In: Vinger PE, Hoerner EF, editors. Sports injuries: the unthwarted epidemic. 2nd edition. Boston, MA: John Wright; 1986. P. 336–44.

108. Fink, G. Stress: Concepts, Definition and History. In Reference Module inNeuroscience and Biobehavioral Psychology, Elsevier. 2017

109. Fisher A, Mullins S, Frye P. Athletic trainers’ attitudes and judgments of injured athletes’ rehabilitation adherence. J Athletic Train 1993;28(1): P.43–7.

110. Fletcher, D., Hanton, S. The relationship between psychological skills usage and competitive anxiety responses. Psychology of Sport and Exercise,2, 2001. – P.89 – 101.

111. Fletcher, D., Hanton, S. Sources of organizational stress in elite sports performers. The Sport Psychologist, 17, 2003. - P.175 –195.

112. Fletcher, D., Hanton, S. Mellalieu, S.D. Anorganizational stress review: Conceptual andtheoretical issues in competitive sport. In S.Hanton & S.D. Mellalieu (Eds.), Literature reviewsin sport psychology. Hauppage, NY:Nova Science 2006. – P. 321–374

113. Frey, J.H. Social risk and the meaning of sport. Sociology of Sport Journal, 8, 1991. – P.136- 145.

114. Gavin, J., Taylor, M. Psychosocial recovery from athletic injury: A process model with implications for rehabilitation. Paper presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Applied Sport Psychology, Colorado Springs, CO. 1992

115. Gould, D., Jackson, S. A., and Finch, L. M. Sources of stress in national champion figure skaters. Journal of Sport and Exercise Psychology, 15. 1993. - P.134-159

116. Grove, J.R. Personality and injury rehabilitation among sport performers. In D. Pargman (Ed)., Psychological bases of sport injuries. Morgantown, WV Fitness Information Technology. 1993. - P.99-120

117. Hanrahan S, Anderson M. The Routledge handbook of applied sport psychology.Abingdon: Routledge, Taylor & Francis; 2010.

118. Hanton S., Neil R., Mellalieu S. Recent developments in competitive anxiety direction and competition stress research, International Review of Sport and Exercise Psychology, 1:1, 2008. – P.45-57.

119. Hanton, S., Fletcher, D., and Coughlan, G. Stress in elite sport performers: A comparative study of competitive and organizational stressors. Journal of Sports Sciences, 23, 2005. – P.1129-1141.

120. Hardy L, Jones J, Gould D. Understanding psychological preparation for sport.Hoboken NJ: John Wiley & Sons Inc; 1996.

121. Heil, J., & Podlog, L. Injury and performance. In S. M. Murphy (Ed.), The Oxford handbook of sport and performance psychology Oxford: Oxford University Press. 2012. – P.593–617

122. Holmes, T.H., Rahe, R.H. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 1967. – P.213-218.

123. Holt, N. L., and Hogg, J. M. Perceptions of stress and coping during preparations for the 1999 women's soccer World Cup finals. The Sport Psychologist 16, 2002. – P.251-271.

124. Issac A. Mental practice: does it work from the field? Sport Psychol 1992;6:19. – P.2–8.

125. Ivarsson, A., Johnson, U. Psychological factors as predictors of injuries among senior soccer players: A prospective study. Journal of Sports Science and Medicine, 9, 2010. – P.347–352.

126. Ivarsson, A., Johnson, U., Podlog, L. Psychological predictors of injury occurrence: A prospective investigation of professional Swedish soccer players. Journal of Sport Rehabilitation, 22(1), 2013. – P.19–26.

127. Ivarsson, A., Johnson, U., Andersen, M. B., Tranaeus, U., Stenling, A., & Lindwall, M. Psychosocial factors and sport injuries: Meta-analyses for prediction and prevention. Sports Medicine, Training and Rehabilitation, 47(2), 2017. – P.353–365.

128. James, B., and Collins, D. Self-presentational sources of competitive stress during performance. Journal of Sport and Exercise Psychology, 19, 1997. – P.17-35.

129. Jones, G. Performance excellence: A personal perspective on the link between sport and business. Journal of Applied Sport Psychology, 14, 2002. – P.268-281.

130. Kolt, G. S., Kirkby, R. Injury in Australian female competitive gymnasts: A psychological perspective. Australian Journal of Physiotherapy, 42(2), 1996. – P.121–126.

131. Kubler-Ross. E. On death and dying. London, England: Macmillan. 1969

132. Larson G, Starkey C, Zaichkowsky L. Psychological aspects of athletic injuries as perceived by athletic trainers. Sport Psychol 1996;10:. – P.15–24.,

133. Lazarus, R.S. Psychological Stress and the Coping Process. McGraw-Hill, New York. - 1966

134. Leddy M, Lambert M, Ogles B. Psychological consequences of athletic injury among high-level competitors. Res Q Exerc Sport 1994;65:3 - P.47–54.,

135. Leddy. M.H., Lambert. M.J. Ogles, B.M. Psychological consequences of athletic injury among high-level competition. Research Quarterly for Exercise and Spot, 65. 1994. – P.349-354.

136. Luo, Y. The relationship of daily hassles, major life events and social support to athletic injury in football (PhD Doctoral Thesis). University of Minnesota, MN, ProQuest Dissertations and Theses; 1994; ProQuest Dissertations & Theses (PQDT).

137. Manuel, J. C., Shilt, J. S., Curl, W. W., Smith, J. A., DuRant, R. H., Lester, L., et al. Coping with sports injuries: An examination of the adolescent athlete. Journal of Adolescent Health, 31, 2002. – P.391–393.

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

139. McGowan, R.W., Pierce, EX, Williams, M., & Eastman, N.W. Athletic injury and self-diminution. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness. 34. 1994. – P.299-304.

140. Morrey. M.A. A longitudinal examination of emotional response, cognitive coping, and physical recovery among athletes undergoing anterior cruciate ligament reconstructive surgery. Unpublished doctoral dissertation, University of Minnesota. Minneapolis. 1997

141. Mortiz S, Hall C, Martin K, et al. What are confident athletes imaging? An examination of image content. Sport Psychol 1996;10:171–9.

142. Nicholls, A. R., Holt, N. L., Polman, R. C. J., and James, D. W. G. Stress and coping among international adolescent golfers. Journal of Applied Sport Psychology, 17, 2005. – P.333-340

143. Noblet, A. J., Gifford, S. M. The sources of stress experienced by professional Australian footballers. Journal of Applied Sport Psychology, 14, 2002. - P.1-13.

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

145. Prentice W. Arnheim's principles of athletic training: a competency-basedapproach. 13th edition. Boston: McGraw Hill; 2013.

146. Rose, J., Jevne. R.EJ. Psychosocial processes associated with athletic injuries. The Sport Psychologist, 7, 1993. – P.309-328.

147. Ross M, Berger R, Sage G. Effects of stress inoculation training on athletes' postsurgical pain and rehabilitation after orthopedic injury. J Consult Clin Psychol 1996;64:406–10.

148. Rotter, J. B. Social learning and clinical psychology. — New York: Prentice-Hall, 1954.

149. Selye, H. Stress without distress. New York: New American Library. 1974.

150. Slobounov S, Injuries in athletics: Causes and consequences, Springer US, 2008. – P. 541–544.

151. Smith, A.M., Scott, S.G., O'Fdlon, W.M., Young, M.L. The emotional responses of athletes to injury. Mayo Clinic Proceedings. 65, 1990. – P.38-50.

152. Smith, A.M., Stuan, M.J., Wiese-Bjornstal, D.M., Milliner, E.K., O'Fallon, W.J., Crowson, C.S. Competitive athletes: Pre and post injury mood state and self-esteem. Mayo Clinic Proceedings, 68, 1993. - P. 939-947.

153. van Mechelen, W., Twisk, J., Molendijk, A., Blom, B., Snel, J., & Kemper, H. C. Subject-related risk factors for sports injuries: A 1-yr prospective study in young adults. Medicine and Science in Sports and Exercise, 28(9), 1996. – P.1171–1179.

154. Walker, N., Heaney, C. Psychological response to injury: A review and critique of existing models. In M. Arvinen-Barrow & N. Walker (Eds.), The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation. Abingdon, U.K.: Routledge. 2013. – P. 22-39

155. Walker, N., Thatcher, J., Lavallee, D. Psychological responses to injury in competitive sport: A critical review. The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health, 127(4), 2007. – P.174–180.

156. Weinberg R, Gould D, editors. Foundations in sport and exercise psychology.Champaign (IL): Human Kinetics; 2011

157. Weiss M, Troxel R. Psychology of the injured athlete. J Athletic Train 1986;21(2):104–9., Ievleva L, Orlick T. Mental links to enhanced healing: an exploratory study. Sport Psychol 1991;5(1): P.25–40.

158. Weiss, M.R., Troxel. R.K. Psychology of the injured athlete. Athletic Training, 21. 1986. – P.104-109, 154.

159. Wiese. D.M., Weiss. M.S. Psychological rehabilitation and physical injury: Implications for the sports medicine team. The Sport Psychology. 1. 1987. – P.318-330.

160. Wiese-Bjornstal, D. M., Smith, A. M., Shaffer, S. M., & Morrey, M. A. An integrated model of response to sport injury: Psychological and sociological dimensions. Journal of Applied Sport Psychology, 10, 1998. – P.46–69.

161. Wiese-Bjornstal, D. M., White, A. C., Russell, H. C., & Smith, A. M. Psychology of sport concussions. Kinesiology Review, 5, 2015. – P.169–189.

162. Wiese-Bjornstal, D.M., Smith A.M., & LaMott. E.E.. A model of psychologic response to athletic injury and rehabilitation. Athletic Training: Sports Health Care Perspectives. I (I), 1995. – P.17-30.

163. Williams J, Andersen M. Psychosocial antecedents of sport injury: review and critique of the stress and injury model. J Appl Sport Psychol 1998; 10(1): P. 5–25.

164. Williams J, Harris D. Relaxation and energizing techniques for regulation of arousal. In: Williams JM, editor. Applied sport psychology: personal growth to peak performance. 5th edition. Mountain View CA: Mayfield Publishing; 2006. p. 285–305.

165. Woodman, T., Hardy, L. A case study of organizational stress in elite sport. Journal of Applied Sport Psychology, 13, 2001. – P.207 –238.

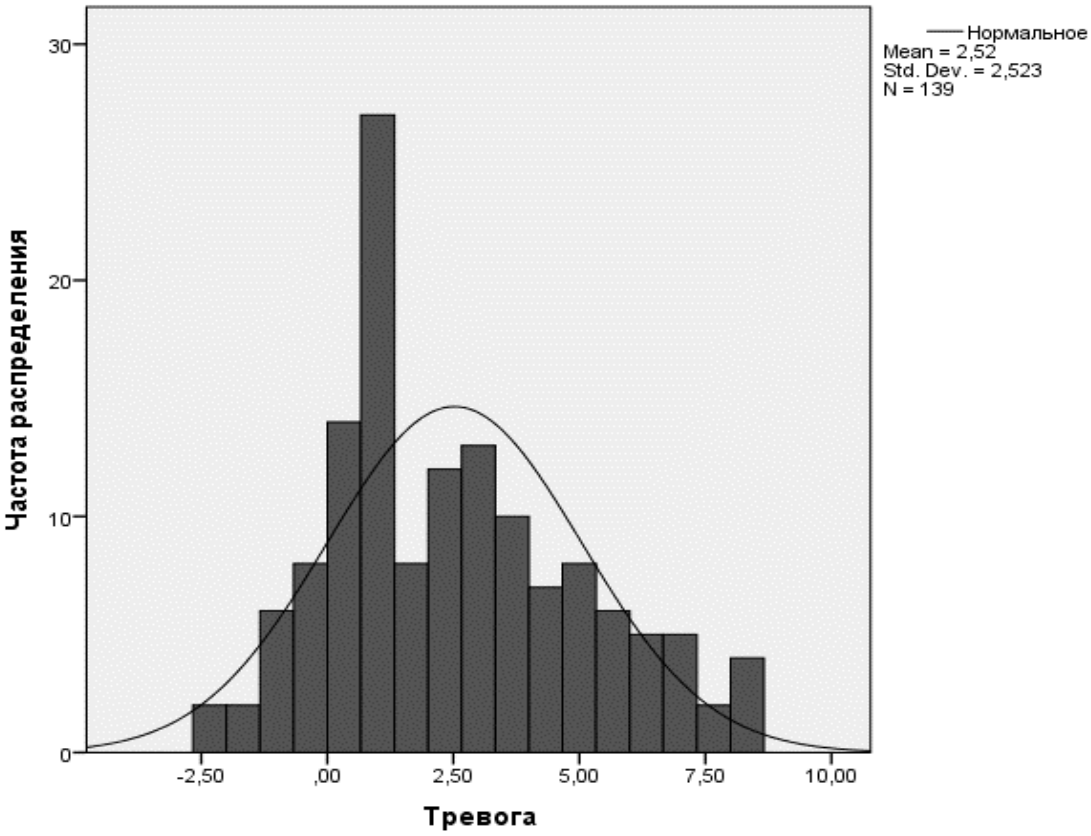
166. Woodman, T., Hardy, L. Stress and anxiety. In R. N.Singer, H. A. Hausenblas, & C. M. Janelle (Eds.),Handbook of sport psychology. New York: Wiley. Stress in elite sport performers 1141 2001. – P.290-318

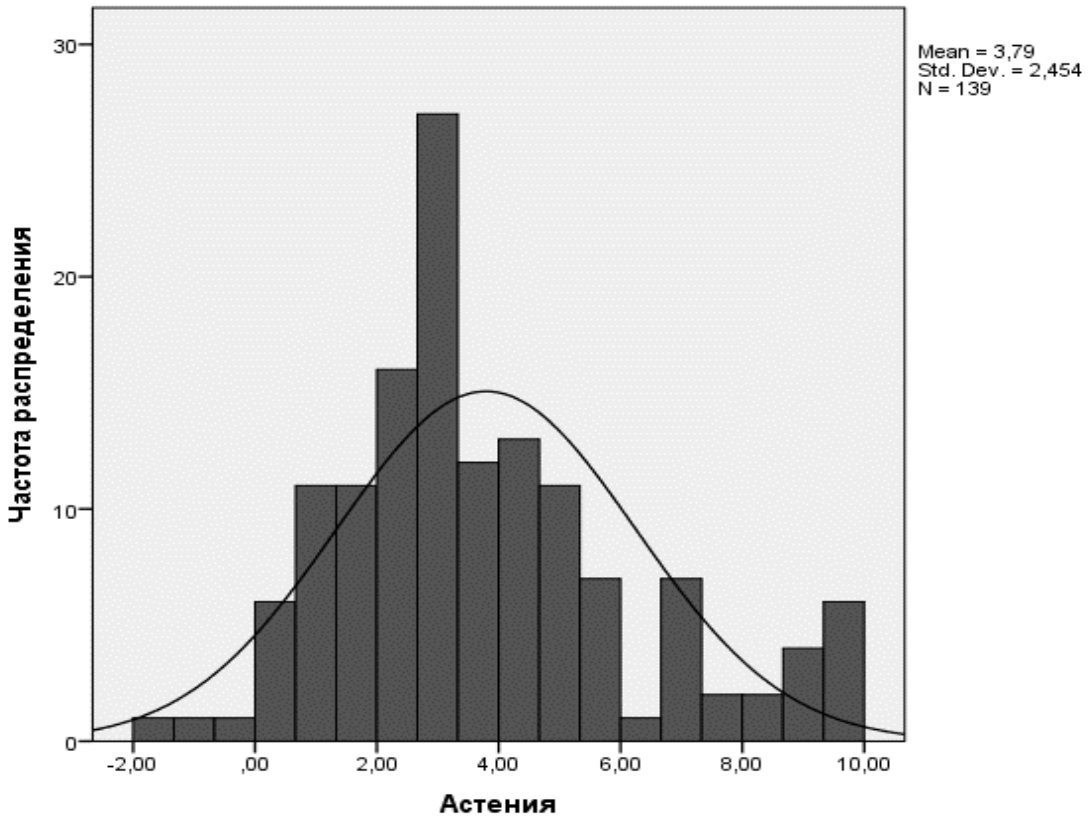
167. Yeh, Lestter, "The Effect of Stress Coping Techniques in Sports" CMC Senior Theses. Paper 1240. 2016

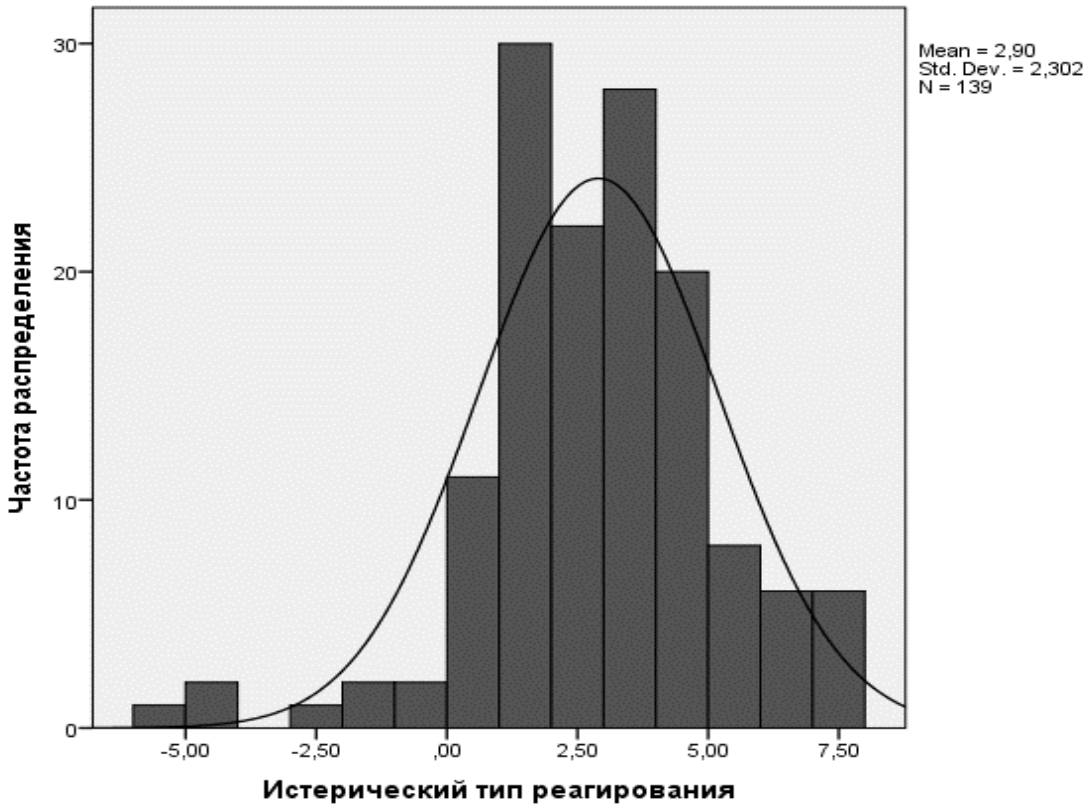
ПРИЛОЖЕНИЕ

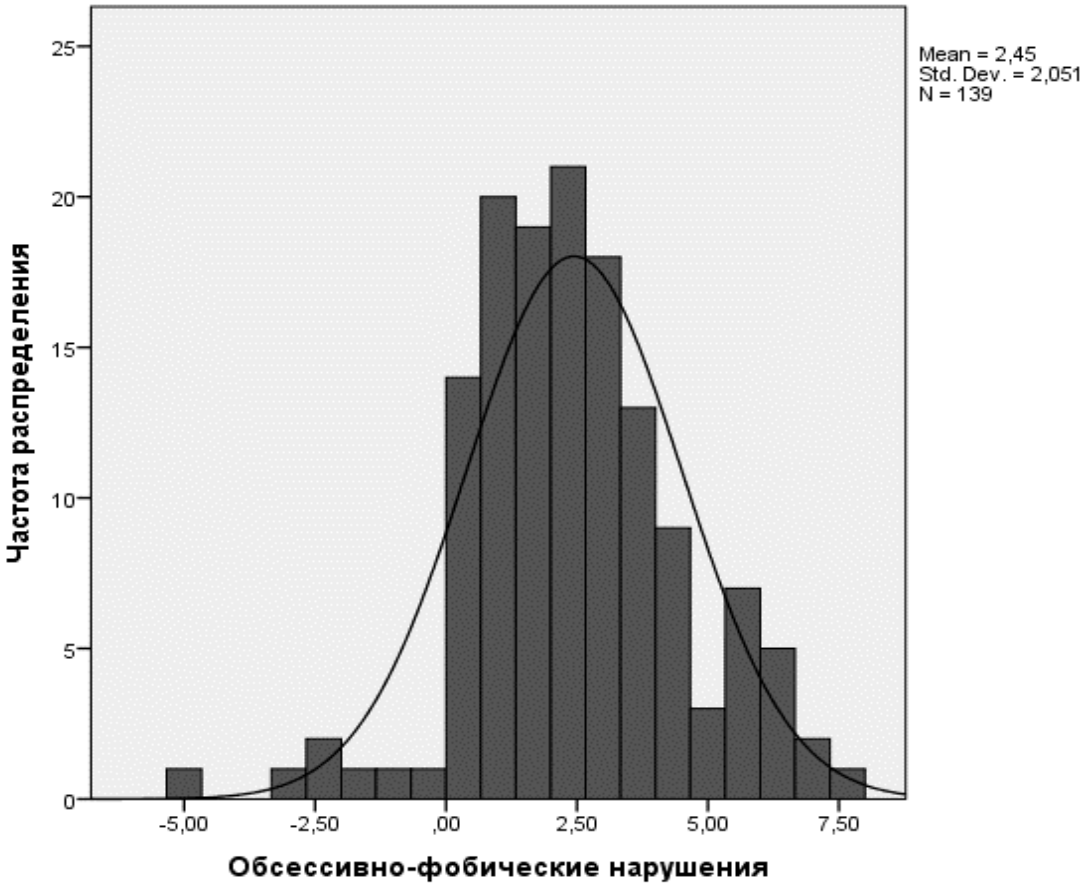
Приложение 1

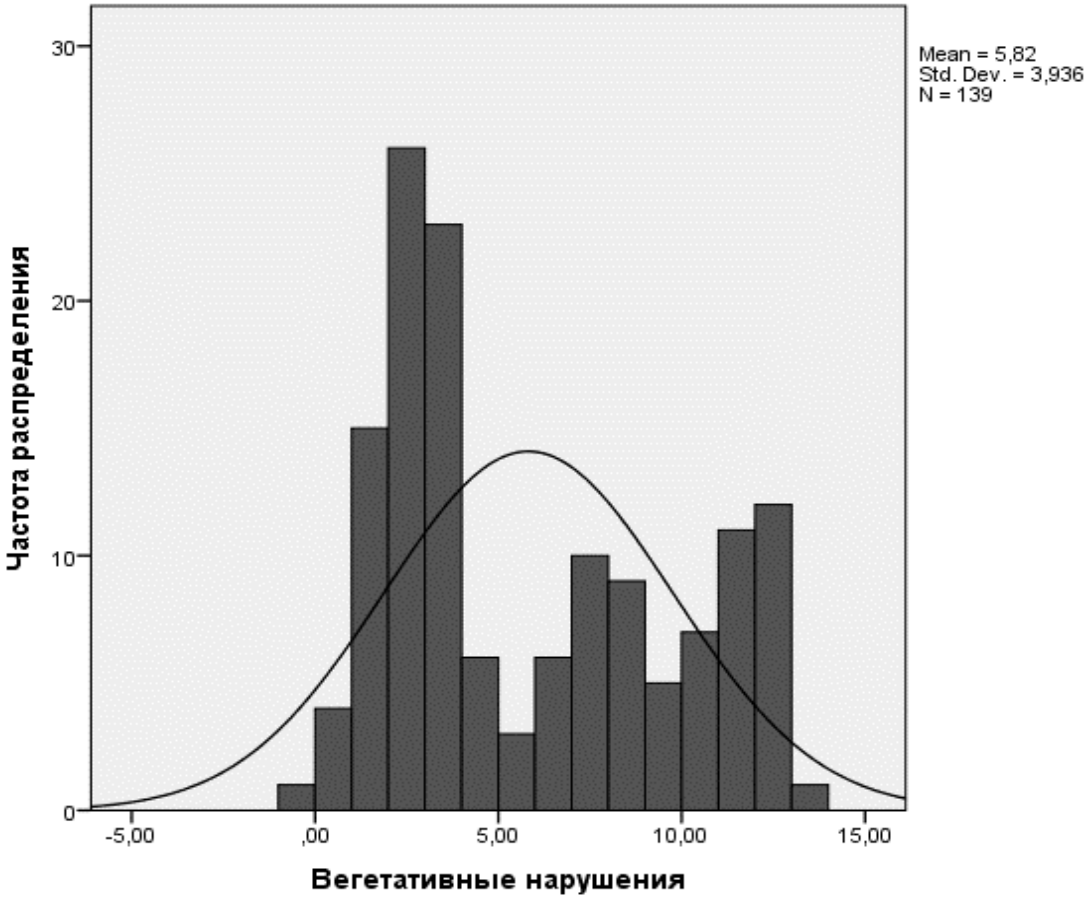
Частотные распределения значений в общей выборке

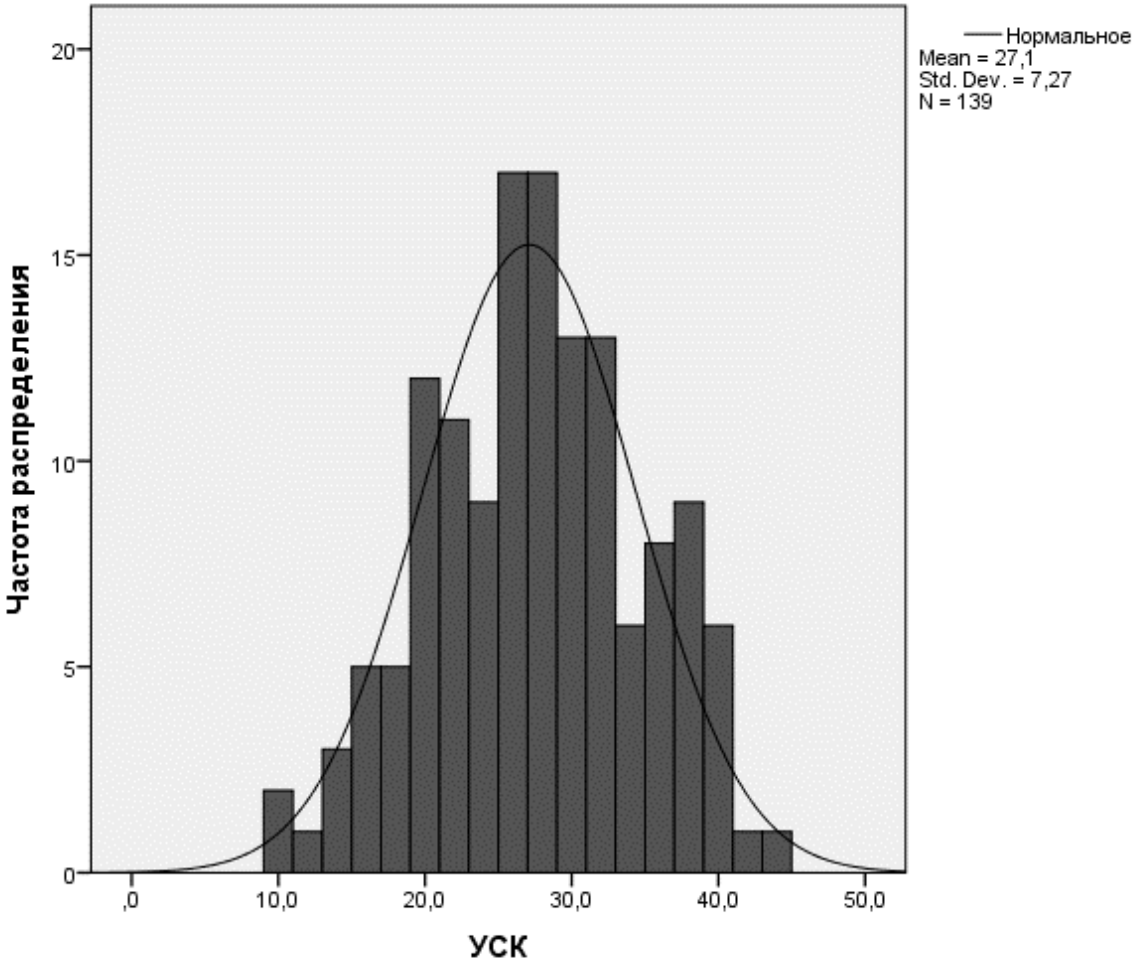



Mean = 3,79
Std. Dev. = 2,454
N = 139
Частота распределения
30
20
10
0
-2,00
,00
2,00
4,00
6,00
8,00
10,00
Астения


Mean = 2,90
Std. Dev. = 2,302
N = 139
Частота распределения
30
20
10
0
-5,00
-2,50
,00
2,50
5,00
7,50
Истерический тип реагирования


Mean = 2,45
Std. Dev. = 2,051
N = 139
Частота распределения
25
20
15
10
5
0
-5,00
-2,50
,00
2,50
5,00
7,50
Обсессивно-фобические нарушения


Mean = 5,82
Std. Dev. = 3,936
N = 139
Частота распределения
30
20
10
0
-5,00
,00
5,00
10,00
15,00
Вегетативные нарушения


Нормальное
Mean = 27,1
Std. Dev. = 7,27
N = 139
Частота распределения
20
15
10
5
0
,0
10,0
20,0
30,0
40,0
50,0
УСК

Приложение 2

Протоколы 1-й и 2–й сессий

Структура первой психокоррекционной сессии (Бек Дж., 2017):

1. Определение повестки дня с логическим обоснованием ее целесообразности;

2. Оценка состояния пациента с применением объективных методов;

3. Выслушивание жалоб пациента и соотнесение их с первичным опросом;

4. Распознание проблем пациента и определение целей коррекции;

5. Обучение пациента когнитивной модели (ABC-метод);

6. Выявление ожиданий пациента в отношении терапии;

7. Разъяснение пациенту природы его вопроса;

8. Определение домашнего задания;

9. Подведение итогов;

10. Обратная связь.

Структура второй и последующих сессий:

1. Краткая оценка текущего состояния пациента;

2. Связь текущей сессии с предыдущей (мост);

3. Что важного мы обсуждали на предыдущей сессии, чему вы научились;

4. Беспокоит ли вас что-либо в связи с предыдущей сессией;

5. Как прошло время с предыдущей сессии – самонаблюдение, события, объяснения;

6. Что важного для обсуждения, приоритеты;

7. Что выполнено/не выполнено из домашнего задания, чему научились;

8. Обсуждение вопросов повестки дня, определение домашнего задания, периодические подведения итогов;

9. Заключительное подведение итогов, обратная связь.

Приложение 3

Вопросы для структурированного интервью

1. Федерация, состав _____
2. ФИО_____
3. Пол/Возраст_____
4. Разряд_____
7. Почему выбрали именно этот вид спорта? Являлся ли ваш выбор осознанным? _____

8. Профессиональные достижения (занимаемые призовые места и титулы на всероссийских и международных соревнованиях, наличие установленных рекордов) _____
_____

Ваши профессиональные достижения за последний год:
_____
_____

10. Какие профессиональные цели перед собой ставите
_____
_____

11. Как долго планируете быть в спорте?
_____

12. Что для Вас спорт? Почему занимаетесь именно этим видом деятельности?
_____
_____

13. Наличие предыдущих спортивных травм (год, вид травмы)
_____
_____

14. Как долго длился период реабилитации после предыдущей травмы (при наличии)?
_____

15. Повлияла ли спортивная травма на Вашу профессиональную успешность, если да, то как?
_____

17. При каких условиях была получена травма? Вспомните свое состояние до момента получения травмы
_____

18. Что Вы почувствовали в момент после получения травмы? Опишите ваши эмоции?
_____

19. Что Вам помогает сейчас справляться с переживаниями, вызванными травмой?
_____

20. Что Вы посоветовали бы спортсмену, получившему травму?
_____

Приложение 4

Заключение о психологическом состоянии пациента

Код пациента_____

Дата рождения_____ Пол_____

Вид спорта_____

Диагностика: первичная \ повторная

1. Тип отношения к болезни_____

2. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях_____

_____

3. Локус контроля_____

5. Самочувствие: _____; Активность: _____; Настроение: _____

6. Невротические состояния:

Т: _____, НД: _____, А: _____,

ИТР: _____, ОФН: _____, ВН: _____.

Заключение: _____ диагностическая группа.

_____

«___»_____20__ г.

Приложение 5

Бланк опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»

Фамилия, инициалы_____
Пол_____ Возраст_____ Дата _____

Инструкция: Ниже приводятся возможные реакции человека на различные трудные, огорчающие или стрессовые ситуации. Укажите, как часто вы ведете себя подобным образом в трудной стрессовой ситуации. Обведите, пожалуйста, кружком одну из цифр от 1 до 5, отвечая на каждый из следующих пунктов.

№ п/п	Утверждение	Очень редко	Иногда	Часто	Очень часто	Почти всегда
1	Стараюсь тщательно распределить свое время	1	2	3	4	5
2	Сосредоточиваюсь на проблеме и думаю, как ее можно решить	1	2	3	4	5
3	Думаю о чем-то хорошем, что было в моей жизни	1	2	3	4	5
4	Стараюсь быть на людях	1	2	3	4	5
5	Виню себя за нерешительность	1	2	3	4	5
6	Делаю то, что считаю самым подходящим в данной ситуации	1	2	3	4	5
7	Погружаюсь в свою боль и страдания	1	2	3	4	5
8	Виню себя за то, что оказался в данной ситуации	1	2	3	4	5
9	Хожу по магазинам, ничего не покупая	1	2	3	4	5
10	Думаю о том, что для меня сейчас самое главное	1	2	3	4	5
11	Стараюсь больше спать	1	2	3	4	5
12	Балую себя любимой едой	1	2	3	4	5
13	Переживаю, что не могу справиться с ситуацией	1	2	3	4	5

14	Позволяю себе нервничать (не борюсь с нервным напряжением)	1	2	3	4	5
15	Вспоминаю, как я решал(а) аналогичные проблемы раньше	1	2	3	4	5
16	Говорю себе, что это происходит не со мной	1	2	3	4	5
17	Виню себя за слишком эмоциональное отношение к ситуации	1	2	3	4	5
18	Иду куда-нибудь перекусить или пообедать	1	2	3	4	5
19	Испытываю эмоциональный шок	1	2	3	4	5
20	Покупаю себе какую-нибудь вещь	1	2	3	4	5
21	Определяю курс действий придерживаюсь его	1	2	3	4	5
22	Обвиняю себя за то, что не знаю, как поступить	1	2	3	4	5
23	Иду на вечеринку, в кино или театр	1	2	3	4	5
24	Стараюсь вникнуть в ситуацию	1	2	3	4	5
25	Застываю, «замораживаюсь» и не знаю, что делать	1	2	3	4	5
26	Немедленно предпринимаю меры, чтобы исправить ситуацию	1	2	3	4	5
27	Обдумываю случившееся или свое отношение к случившемуся	1	2	3	4	5
28	Жалею, что не могу изменить случившегося или свое отношение к случившемуся	1	2	3	4	5
29	Иду в гости к другу	1	2	3	4	5
30	Нервничаю и беспокоюсь о том, что я буду делать	1	2	3	4	5
31	Провожу время с дорогим человеком	1	2	3	4	5
32	Иду на прогулку	1	2	3	4	5
33	Говорю себе, что это никогда не случится вновь	1	2	3	4	5
34	Сосредоточиваюсь на своих общих недостатках	1	2	3	4	5

35	Разговариваю с тем, чей совет я особенно ценю	1	2	3	4	5
36	Анализирую проблему, прежде чем реагировать на нее	1	2	3	4	5
37	Звоню другу	1	2	3	4	5
38	Испытываю раздражение	1	2	3	4	5
39	Решаю, что теперь важнее всего делать	1	2	3	4	5
40	Смотрю телевизор или видеофильмы	1	2	3	4	5
41	Контролирую ситуацию	1	2	3	4	5
42	Прилагаю дополнительные усилия, чтобы изменить ситуацию	1	2	3	4	5
43	Разрабатываю несколько различных решений проблемы	1	2	3	4	5
44	Беру отпуск или отгул, отдаляюсь от ситуации	1	2	3	4	5
45	Отыгрываюсь на других	1	2	3	4	5
46	Использую ситуацию, чтобы доказать, что я могу многое сделать	1	2	3	4	5
47	Стараюсь собраться, чтобы выйти победителем из ситуации	1	2	3	4	5
48	Смотрю телевизор или читаю книги	1	2	3	4	5

Приложение 6

Бланк опросника «Уровень субъективного контроля»

ФИО_____

Инструкция: Вам будет предложено 44 утверждения, касающихся различных сторон жизни и отношения к ним. Оцените, пожалуйста, степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями (да или нет)

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит оттого, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, то ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, то сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатии других людей.
7. Внешние обстоятельства, родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда руководитель полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе, в институте часто зависят от случайных обстоятельств (например, настроения преподавателя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Люди вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я не стараюсь планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и уровня подготовленности.
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.
22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своих делах.

25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.

26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся обстоятельствах.

27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.

28. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей по его воспитанию часто оказываются бесполезными.

29. То, что со мною случается, — это дело моих собственных рук.

30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.

31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.

32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что хочу.

33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виновны другие люди, чем я сам.

34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.

35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы не разрешатся сами собой.

36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.

37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.

38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.

39. Я всегда предпочитаю принимать решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.

40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.

41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.

42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.

43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.

44. Большинство моих неудач произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

Приложение 7

Бланк опросника «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний»

Фамилия, инициалы_____

Инструкция: Обведите, пожалуйста, кружком одну из цифр от 1 до 5, отвечая на каждый из следующих вопросов.

№ п/п	Утверждение	Почти всегда	Очень часто	Часто	Иногда	Очень редко
1.	Ваш сон поверхностный и неспокойный?	1	2	3	4	5
2.	Замечаете ли Вы, что стали более медлительны и вялы, нет прежней энергичности?	1	2	3	4	5
3.	После сна Вы чувствуете себя усталым и «разбитым» (не отдохнувшим)?	1	2	3	4	5
4.	У Вас плохой аппетит?	1	2	3	4	5
5.	У Вас бывают ощущения сдавливания в груди и чувство нехватки воздуха при волнениях или расстройствах?	1	2	3	4	5
6.	Вам трудно бывает заснуть, если Вас что-либо тревожит?	1	2	3	4	5
7.	Чувствуете ли Вы себя подавленным и угнетенным?	1	2	3	4	5
8.	Чувствуете ли Вы у себя повышенную утомляемость, усталость?	1	2	3	4	5
9.	Замечаете ли Вы, что прежняя работа дается Вам труднее и требует больших усилий?	1	2	3	4	5
10.	Замечаете ли Вы, что стали более рассеянным и невнимательным, забываете куда положили какую-нибудь вещь или не можете вспомнить, что только собирались делать?	1	2	3	4	5
11.	Вас беспокоят навязчивые воспоминания?	1	2	3	4	5
12.	Бывает ли у Вас ощущение какого-то беспокойства (как будто что-то должно случиться), хотя особых причин и нет?	1	2	3	4	5
13.	У Вас возникает страх заболеть тяжелым заболеванием (рак, инфаркт, психическое заболевание и т.д.)?	1	2	3	4	5

14.	Вы не можете сдерживать слезы и плачете?	1	2	3	4	5
15.	Замечаете ли Вы, что потребность в интимной жизни для Вас стала меньше или даже стала Вас тяготить?	1	2	3	4	5
16.	Вы стали более раздражительны и вспыльчивы?	1	2	3	4	5
17.	Приходит ли Вам мысль, что в Вашей жизни мало радости и счастья?	1	2	3	4	5
18.	Замечаете ли Вы, что стали каким-то безразличным, нет прежних интересов и увлечений?	1	2	3	4	5
19.	Проверяете ли Вы многократно выполненные действия: выключен ли газ, вода, электричество, заперта ли дверь и т.д.?	1	2	3	4	5
20.	Беспокоят ли Вас боли или неприятные ощущения в области сердца?	1	2	3	4	5
21.	Когда Вы расстраиваетесь, у Вас бывает так плохо с сердцем, что Вам приходится принимать лекарства или даже вызывать «скорую помощь»?	1	2	3	4	5
22.	Бывает ли у Вас звон в ушах или рябь в глазах?	1	2	3	4	5
23.	Бывают ли у Вас приступы учащенного сердцебиения?	1	2	3	4	5
24.	Вы так чувствительны, что громкие звуки, яркий свет и резкие краски раздражают Вас?	1	2	3	4	5
25.	Испытываете ли Вы в пальцах рук и ног, или в теле покалывание, ползание мурашек, онемение или другие неприятные ощущения?	1	2	3	4	5
26.	У Вас бывают периоды такого беспокойства, что Вы даже не можете усидеть на месте?	1	2	3	4	5
27.	Вы к концу работы так сильно устаете, что Вам необходимо отдохнуть, прежде чем приняться за что-либо?	1	2	3	4	5
28.	Ожидание Вас тревожит и нервирует?	1	2	3	4	5
29.	У Вас кружится голова и темнеет в глазах, если Вы резко встанете или наклонитесь?	1	2	3	4	5
30.	При резком изменении погоды у Вас ухудшается самочувствие?	1	2	3	4	5
31.	Вы замечали, как у Вас непроизвольно подергиваются голова и плечи, или веки, скулы, особенно, когда Вы волнуетесь?	1	2	3	4	5
32.	У Вас бывают кошмарные сновидения?	1	2	3	4	5
33.	Вы испытываете тревогу и беспокойство за кого-нибудь или за что-нибудь?	1	2	3	4	5

34.	Ощущаете ли Вы комок в горле при волнении?	1	2	3	4	5
35.	Бывает ли у Вас чувство, что к Вам относятся безразлично, никто не стремится Вас понять и посочувствовать, и Вы ощущаете себя одиноким?	1	2	3	4	5
36.	Испытываете ли Вы затруднения при глотании пищи, особенно Вы волнуетесь?	1	2	3	4	5
37.	Вы обращали внимание на то, что руки или ноги у Вас находятся в беспокойном движении?	1	2	3	4	5
38.	Беспокоит ли Вас, что вы не можете освободиться от постоянно возвращающихся навязчивых мыслей (мелодия, стихотворение, сомнения)?	1	2	3	4	5
39.	Вы легко потеете при волнениях?	1	2	3	4	5
40.	Бывает ли у Вас страх оставаться в одиночестве в пустой квартире?	1	2	3	4	5
41.	Чувствуете ли Вы у себя нетерпеливость, непоседливость или суетливость?	1	2	3	4	5
42.	У Вас бывают головокружения или тошнота к концу рабочего дня?	1	2	3	4	5
43.	Вы плохо переносите транспорт (Вас «укачивает» и Вам становится дурно)?	1	2	3	4	5
44.	Даже в теплую погоду ноги и руки у вас холодные (зябнут)?	1	2	3	4	5
45.	Легко ли Вы обижаетесь?	1	2	3	4	5
46.	У Вас бывают навязчивые сомнения в правильности Ваших поступков или решений?	1	2	3	4	5
47.	Не считаете ли Вы, что Ваш труд на работе или дома недостаточно оценивается окружающими?	1	2	3	4	5
48.	Вам часто хочется побыть одному?	1	2	3	4	5
49.	Вы замечаете, что Ваши близкие относятся к Вам равнодушно или даже неприязненно?	1	2	3	4	5
50.	Вы чувствуете себя скованно или неуверенно в обществе?	1	2	3	4	5
51.	Бывают ли у Вас головные боли?	1	2	3	4	5
52.	Замечаете ли Вы, как стучит или пульсирует кровь в сосудах, особенно если вы волнуетесь?	1	2	3	4	5
53.	Совершаете ли Вы машинально ненужные действия (потираете руки, поправляете одежду, приглаживаете волосы и т.д.)?	1	2	3	4	5
54.	Вы легко краснеете или бледнеете?	1	2	3	4	5

55.	Покрывается ли Ваше лицо, шея или грудь красными пятнами при волнениях?	1	2	3	4	5
56.	Приходят ли Вам на работе мысли, что с Вами может неожиданно что-то случиться и Вам не успеют оказать помощь?	1	2	3	4	5
57.	Возникают ли у вас боли или неприятные ощущения в области желудка, когда Вы расстраиваетесь?	1	2	3	4	5
58.	Приходят ли Вам мысли, что Ваши подруги (друзья) или близкие более счастливы, чем Вы?	1	2	3	4	5
59.	Бывают ли у Вас запоры или поносы?	1	2	3	4	5
60.	Когда Вы расстраиваетесь, то у Вас бывает отрыжка или тошнота?	1	2	3	4	5
61.	Прежде чем принять решение Вы долго колеблетесь?	1	2	3	4	5
62.	Легко ли меняется Ваше настроение?	1	2	3	4	5
63.	При расстройствах у Вас появляется зуд кожи или сыпь?	1	2	3	4	5
64.	После сильного расстройства Вы теряли голос или у Вас отнимались руки или ноги?	1	2	3	4	5
65.	У Вас повышенное слюноотделение?	1	2	3	4	5
66.	Бывает ли, что Вы не можете один перейти улицу, открытую площадь?	1	2	3	4	5
67.	Бывает ли, что Вы испытываете сильное чувство голода, а едва начав есть, быстро насыщаетесь?	1	2	3	4	5
68.	У Вас возникает чувство, что во многих неприятностях виноваты Вы сами?	1	2	3	4	5

Приложение 8

Бланк опросника «Тип отношения к болезни»

ФИО _____

Инструкция

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

Темы		Номера выбранных утверждений
I	Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II	Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
III	Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
IV	Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V	Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI	Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
VII	Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII	Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX	Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X	Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
XI	Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII	Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Приложение 9

Алгоритм принятия решения о проведении психокоррекции