

УДК 159.913, 159.9.072.42
doi: 10.11621/vsp.2018.02.56

СЛУЧАЙ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО ПОВОДУ СПОРТИВНОЙ ТРАВМЫ НА ОСНОВЕ МЕТОДА ПЬЕРА ЖАНЕ

**Н. Ю. Федунина, А. И. Грушко,
А. В. Ковалева, Г. С. Банников**

Актуальность. Повышение требований к характеристикам соревновательной деятельности приводит к росту риска травматизации в спорте высших достижений. Наряду с развитием спортивной медицины и реабилитологии растет понимание того, что физическая и психологическая готовность к возвращению в спорт и соревновательной деятельности могут не совпадать.

Цели работы. В статье рассматривается проблематика психологической реабилитации после спортивной травмы. Представлены основные типы интервенций, которые задействуются на этапе восстановления и

Федунина Наталия Юрьевна — кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ); спортивный психолог ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и подготовки сборных команд» Москомспорта. *E-mail:* natalia_fedunina@mail.ru

Грушко Алена Игоревна — кандидат психологических наук, спортивный психолог ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и подготовки сборных команд» Москомспорта. *E-mail:* al-grushko@yandex.ru

Ковалева Анастасия Владимировна — кандидат биологических наук, старший научный сотрудник лаборатории физиологии функциональных состояний ФГБНУ НИИ нормальной физиологии имени П.К. Анохина; физиолог ГКУ «Центр спортивных инновационных технологий и подготовки сборных команд» Москомспорта. *E-mail:* anastasia_kovaleva@hotmail.com

Банников Геннадий Сергеевич — кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии; зав. лабораторией научно-методического обеспечения экстренной психологической помощи Центра экстренной психологической помощи Московского государственного психолого-педагогического университета (МГППУ). *E-mail:* bannikovgs@mgppu.ru

возобновления тренировок. Страх ретравматизации является одной из ключевых трудностей, с которой сталкиваются спортсмены.

Метод. Методологическим основанием консультативного подхода явилась модель работы с травмой Пьера Жане. На материале анализа случая консультирования гимнаста-подростка (10 сессий) представлены основные феномены психологической травматизации, сопутствующие физической травме и связанные с характеристикой травмы (тяжесть травмы, интенсивность болевых ощущений, изменения образа тела); с этапами работы переживания (от стадии шока до стадии принятия); с ведущими способами совладания со стрессом; со спецификой межличностных контактов (переживание социального исключения).

Результаты. Выделены следующие ключевые этапы консультирования: 1) стабилизация и снятие острых психофизиологических симптомов, формирование целостного рассказа о травме; 2) работа с травматическими воспоминаниями, десенсибилизация; 3) реинтеграция и возвращение к полноценной спортивной деятельности. Для достижения целей каждой из фаз использовались различные техники: аналитические и когнитивно-бихевиоральные интервенции, арт-техники, тренинг с биологической обратной связью (БОС), а также интервенции в рамках концепции самодетерминации.

Выводы. Сопровождение спортсмена на разных стадиях процесса переживания травмы дает возможность восстановить его физическое и психологическое благополучие и преодолеть страх ретравматизации, что может стать залогом его спортивного долголетия и личностного роста. Такая работа должна начинаться с процессов профилактики травматизма, с кризисной интервенции, первой психологической помощи. Все это снижает риск развития посттравматических реакций и состояний.

Ключевые слова: спортивная травма, страх ретравматизации, биологическая обратная связь, психология спорта, спортивная гимнастика, Пьер Жане.

Введение

За последнюю четверть века в отечественной и зарубежной исследовательской и прикладной литературе возрос интерес к проблемам травматизма в спорте. Л. Подлог и Р. Эклунд (Podlog, Eklund, 2007) связывают эту тенденцию с двумя процессами. С одной стороны, интерес к проблематике переживания спортивной травмы и возвращения в спорт после серьезных повреждений подогревается осознанием несовпадения физической и психологической готовности к возвращению в спорт и соревновательной деятельности. С другой стороны, повышение требований к характеристикам соревновательной деятельности, в том числе усложнение программ

выступлений, привело к росту травматизации в спорте высших достижений (Podlog, Eklund, 2007, 2010). Сегодня в ряде видов спорта уже в раннем подростковом возрасте спортсмены достигают уровня мастера спорта и даже мастера спорта международного класса, что сопряжено с высокими нагрузками и сложностью спортивной программы. Соответственно увеличивается и число спортсменов, которые сталкиваются с серьезными травмами, а также с психологическими последствиями этих травм. Так, по данным Центра контроля и предотвращения заболеваний США (*Center for disease control and prevention*), за 2005—2006 гг. было зарегистрировано 1.4 млн. спортивных травм у детей и подростков (цит. по: Mallina, Giannoudis, 2011). Причем около 40% спортивных травм пришлось на возраст 5—14 лет.

Страх ретравматизации широко распространен при восстановлении после спортивной травмы наряду с тревогой по поводу своей неспособности вернуться на прежний уровень мастерства. Он может наблюдаться даже на продвинутых стадиях восстановления, когда спортсмен уже вовлечен в соревновательную деятельность. В ряде случаев страх повторной травмы побуждает спортсмена завершить карьеру; у некоторых он сохраняется годами (Bianco et al., 1999; Gould et al., 1997). Мы полагаем, что хронический страх ретравматизации связан с недостаточной проработкой психологических аспектов первичного травматического эпизода.

Терапия травмы в концепции Пьера Жане

Наш интерес к работам французского философа, психолога и психотерапевта Пьера Жане (1859—1947) обусловлен тем, что предложенная им фазовая модель, в основном используемая для терапии хронической психической травмы (Ван дер Харт и др., 2013), может, с нашей точки зрения, применяться и в работе со спортивной травмой.

Спортивная травма во многом схожа с другими типами травматизации, но имеет свои особенности. Так, при спортивной травме на первый план выходит физический компонент, она не подразумевает межличностного насилия, но зачастую оказывается связанной с непереносимой фрустрацией и психической болью, тревогой дезинтеграции, угрозой профессиональной идентичности, крахом надежд и резким переструктурированием значимого социального окружения (Pimenta, 2016). Учитывая предельный инструментализм, с которым профессиональный спорт рассматривает человеческое

тело (Федунина, 2017), его «поломка» таит в себе угрозы не только для физической целостности, но и для социальной идентичности. Описывая свой опыт после травмы, один спортсмен сказал: «Товарищи по команде — это прежде всего соперники, они в душе рады твоей травме, потому что вместо тебя отбираются на ключевые турниры. ... После моей травмы мне никто не позвонил, никому не было никакого дела. Тренеры словно смотрели сквозь меня, словно не видели». Такова социальная реальность спортивной травмы, сопряженная с переживанием своего «несоответствия», «разрыва в жизни», отвержения, исключения.

Консультативная помощь после травмы в рамках модели Пьера Жане направлена на ассимиляцию травматического опыта, осознание, принятие реальности, связывание происшедшего с историей и глубинными пластами смысла своей жизни, на признание своего опыта, интеграцию сложных переживаний, формирование точного восприятия реальности, а также и на необходимость жить в соответствии с актуальной ситуацией. Колебания между постоянным проживанием травмы и стремлением забыть, не думать о ней, могут продолжаться и после фактического физического восстановления. Например, Р. Кокс (Сох, 2002) сообщает, что одному спортсмену-регбисту на возвращение в спорт высоких достижений, восстановление чувства уверенности, удовольствия от игры и полное преодоление страха ретравматизации понадобилось 3 года.

В рамках концепции Пьера Жане **первая фаза** терапии травмы решает задачи стабилизации состояния, снижения интенсивности симптомов дистресса и повышения уровня психического функционирования, что делает возможной проработку травматических воспоминаний без ретравматизации. По отношению к спортсмену на данном этапе ключевыми являются вопросы: Какие психические действия даются легко, а в чем он испытывает затруднения? Насколько он способен к регуляции эмоций в повседневной жизни? Каковы его ведущие копинг-стратегии? Есть ли соматические симптомы (нарушения сна, пищевого поведения)? Насколько изменился режим его жизни? и пр. Бывает, что спортсмен действует, «отменяя» травму, не учитывая свое физическое состояние, игнорирует сигналы тела, исходя из соображений, что «тело должно быть побеждено».

На этой фазе в современном спорте активно используются *образовательные интервенции*, направленные на осознание ситуации. Ведь отсутствие у спортсмена ясного и реалистичного понимания

процесса реабилитации непосредственно после травмы может привести к повышению тревоги, переполненности фрустрацией, гневом, подверженности частым и резким сменам настроения, а также к пренебрежению медицинскими предписаниями (Santi, Pietrantonì, 2013). Интервенции, сфокусированные на процессах *целесолагания*, позволяют спортсмену ставить ясные и реалистичные цели. И, безусловно, особое место занимает развитие навыков эмоциональной регуляции (среди наиболее популярных направлений — практики осознанности, биологическая обратная связь, тренинг релаксации и др.). *Биологическая обратная связь* (БОС) активно используется в процессе реабилитации и подготовки спортсменов. Согласно биопсихосоциальной модели БОС предоставляет информацию о промежуточных результатах, о процессе восстановления, о динамике физиологических параметров, что способствует адекватной интерпретации симптомов. Эти интервенции помогают пониманию особенностей динамики своего восстановления, повышению возможностей саморегуляции, возникновению чувства контроля и уверенности в себе, снижению тревоги и негативных реакций на мысль о возвращении к тренировкам.

Вторая фаза терапии касается проработки травматических воспоминаний. Часто свои воспоминания о травме спортсмен не излагает в виде полного рассказа, включающего события, ситуации, межличностные аспекты, ощущения, образы, мысли и чувства, появляющиеся на разных этапах переживания травмы. Как правило, рассказ спортсмена фрагментарен, формален и лишен «чувственной ткани», что отражает механизм изоляции аффекта. Но наша практика показала, что очень важно рассказать обо всем, включая предшествующие и последующие события, мысли, ощущения, переживания. Формирование нарратива о травме снимает покров невыносимости, невыразимости. Иногда переживания представляются постыдными, малосущественными, недостойными, поскольку спортсмен предстает в них не таким, каким хотел бы себя видеть. Ведь он сталкивается со слабостью, бессилием, невозможностью контроля, примитивными острыми реакциями защиты. «Мне говорили про серьезную травму, про то, что нужна операция, про то, что я должен пропустить Кубок мира, а я просто ничего не понимал. Я думал: “Это все происходит не со мной, этого просто не может быть”. ...А потом я поругался со всеми родственниками, которые приехали поддержать, и вообще вел себя жутко, даже вспоминать не хочу». Понимание этапов переживания травмы, их смысла, связанных с ними состояний может существенно облегчить процесс

восстановления. На этой фазе терапии происходит так называемая интеграция «комплекса»¹.

Третья фаза терапии включает интервенции, направленные на реинтеграцию и реабилитацию личности. На этой фазе происходит принятие того, что травма действительно случилась (ее невозможно отменить) и серьезно повлияла на здоровье, карьеру и взаимодействие со значимыми людьми (тренером, другими спортсменами, родителями и др.). Реинтеграция предполагает необходимость отгоревать все «если бы», невоплощенные мечты, не случившиеся победы, приостановившийся прогресс, утрату лидирующих позиций и пр. Эта фаза дает возможность творчески переработать опыт, восстановить тренировочный и соревновательный процесс, подключая ресурсы внутренней мотивации, самопонимания, трансформации. Активное использование таких психологических средств, как визуализация, социальные интервенции, самоинструкции, может помочь в восстановлении чувства компетентности в новом, творческом подходе к спортивной деятельности.

В спортивной психологии *визуализация* признается одной из наиболее часто применяемых техник. Однако исследования показывают, что во время реабилитации визуализация используется спортсменами значимо реже, чем в период активной спортивной деятельности (Driediger et al., 2006; Sordoni et al., 2000). Мысленное проигрывание движений и тактических ситуаций, воспроизведение проприоцептивной обратной связи позволяет оптимизировать процесс реабилитации и возвращения к тренировкам и соревнованиям.

Приведем пример из нашей консультативной практики. При работе со спортсменом-скалолазом прорабатывался вопрос, касающийся психологических последствий спортивной травмы. Восстановление после растяжения сухожилий заняло более 2 месяцев, при этом скалолаз продолжал тренироваться, «не нагружая» больную ногу. В результате его репертуар технико-тактических действий существенно сузился, кроме того, он стал чаще уставать, так как больше задействовал силу рук, не перераспределяя усилия на ноги. И при мысленной проработке участков скалолазной трассы он должен был удерживать в памяти те приемы, которые он выполнить не мог в силу имеющейся травмы, что в свою очередь затрудняло процесс поиска креативных решений по прохождению всей трассы или ее участка. При этом спектр проблем сохранился и после полного восстановления

¹ П. Жане (1903) рассматривал травматическое воспоминание как комплекс, в который входят составляющие разных модальностей (мысли, чувства, ощущения от разных органов чувств), т.е. как синтез отщепленных фрагментов опыта и вписывание его в историю собственной жизни.

травмированной конечности. Тогда спортсмен и обратился за консультацией. В описанном случае в качестве основного метода работы выступала визуализация: спортсмен должен был ярко и отчетливо представить себе, как он дает нагрузку на травмированную ногу; надо было представить выполнение как старых, так и новых для него технических действий или их элементов, в которых непосредственно задействовалась травмированная нога. Когда скалолаз обучился создавать яркие, контролируемые образы совместно с психологом, он перенес этот навык в тренировочный процесс: перед прохождением каждой трассы на скалодроме представлял процесс лазания и соответствующие телесные ощущения. По данным самоотчета спортсмена, использование визуализации позволило ему не только вернуться к качественному выполнению привычных технико-тактических действий, но и овладеть новыми элементами.

Самоинструкции включают когнитивное переструктурирование, позитивное мышление и самомониторинг. Интервенции, направленные на формирование оптимальных самоинструкций, помогают спортсменам, с одной стороны, признать и изменить негативные мысли и установки, с другой стороны, сформировать индивидуализированные самоприказы, способствующие повышению мотивации к спортивной деятельности (мотивирующий тип самоинструкций) или сфокусировать внимание на характеристиках технико-тактического мастерства (инструкциональный тип) (Hatzigeorgiadis et al., 2011). Так, в экспериментальном исследовании, проведенном Й. Теодоракисом и коллегами (Theodorakis et al., 1998), было показано, что травмированные спортсмены, использующие позитивные самоинструкции мотивирующего типа («Сильнее!», «Я могу!», «Я сделаю это!»), смогли существенно повысить силовые показатели четырехглавой мышцы бедра по сравнению со спортсменами контрольной группы, не обучавшимися применению самоинструкций.

Учитывая, что переживание травмы и посттравматический рост во многом связаны с теми ресурсами (телесными, личностными, социальными), которые спортсмен способен раскрыть и привлечь для совладания с травмой, исследователи и практики отводят особую роль *социальной поддержке*, работе с социальным контекстом. Обращение за помощью, решение озвучить свою проблему уже можно рассматривать как важный шаг в совладании с травмой. Спортсмены порой склонны долго терпеть, не показывать свою слабость и ничего не говорить о болевых ощущениях, боясь «вылететь из сборной», «не пробиться на важные соревнования» или дать сопернику психологическое преимущество. Часто обращение к психологу происходит только тогда, когда посттравматические

реакции становятся хроническими и возникают вторичные психологические и соматические проявления, такие как интенсивный страх, бессонница, нарушения пищевого поведения, снижение настроения и др.

Как правило, психологическое сопровождение восстанавливающегося после травмы спортсмена является мультимодальным. Используется сочетание разных типов интервенций, которые могут затрагивать разные уровни переживания: телесный (возможные изменения схемы и образа тела), эмоциональный, когнитивный, личностный, социальный.

Возможности и проблемы психологического сопровождения юного спортсмена после травмы (анализ частного случая)

Рассмотрим частный случай работы с психологическими последствиями спортивной травмы у спортсмена-подростка. Методологическим основанием нашей работы послужила терапевтическая модель и концепция психической травмы Пьера Жане.

Работа велась в апреле—сентябре 2017 г. (с летним перерывом на 2 месяца) и включала 10 сессий: 8 отдельно со спортсменом, одну с тренером и вводную встречу, на которой присутствовал спортсмен вместе с родителями. И спортсмен, и его родители дали согласие на анонимное и конфиденциальное представление случая и его супервизию. Все личные данные изменены.

Описание случая

Спортсмен **В.**, 14 лет, кандидат в мастера спорта по спортивной гимнастике, пришел на консультацию вместе с родителями. Причиной обращения явился страх перед одним из снарядов, возникший после падения и сложного перелома ноги. Травма случилась за год до обращения, была очень болезненной и тяжелой. Из рассказа **В.**: «Я долго боялся наступить на ногу. Мне говорили, что уже можно и нужно ходить, но мне казалось, что нога не выдержит и будет очень больно». **В.** провел месяц в больнице. После выписки был полон решимости вернуться в спорт и практически сразу начал тренироваться.

В целом для **В.** характерна общая уверенность в себе и выраженная мотивация достижения², что позволило ему не только восстановить преж-

² Именно факторы уверенности в себе и мотивации достижения рассматриваются как значимые для преодоления спортивной травмы (Довжик, Нартова-Бочавер, 2015). Ведь падение обретает не только физический, но и символический смысл. Это крушение планов, ожиданий, изменение мнения о себе, своих спортивных качествах и умениях.

ний уровень, но и на некоторых снарядах усложнить программу, вырваться в лидеры своей подгруппы и продолжить соревновательную деятельность в этих дисциплинах.

Однако с перекладиной, на которой произошла травма, у спортсмена возникли непреодолимые проблемы. Страх перед этим снарядом распространился не только на выполнение сложных полетных элементов, но и просто на наблюдение за работой других юношей на этом снаряде: «У меня все сжимается. Я просто отворачиваюсь и не смотрю на это».

Тренер проявил большую заинтересованность в помощи **В.** и не только поддерживал телефонную связь с консультантом, но и присутствовал на совместной встрече со спортсменом. Изначально тренер существенно недооценивал сопряженную с травмой угрозу чувству безопасности своего воспитанника, побуждал его снова и снова пробовать выполнить элемент, во время которого произошло падение. Конфронтация с проблемой, попытка разрешить ее путем активного действия может в случае успеха повысить уверенность спортсмена, поддержать его чувство компетентности. Однако верно и то, что травма **В.** повлекла резкое снижение чувства безопасности, угрозу физической целостности, переживание острой боли, телесной деформации, злости на тренера, который не смог защитить, предотвратить падение. Острая боль и искривление ноги во время травмы, возрастные процессы телесных изменений, а также болезненный период реабилитации и разработки ноги усугубили трудности восстановления. Поэтому в данном случае конфронтация была воспринята спортсменом как давление, дополнительная атака на его потребность в безопасности и автономии. Недостаточная проработка первичной травмы, сильная тревога, стремление подстраховаться привели к новому опасному падению с перекладины и перелому носа³.

Обращение к психологу состоялось через месяц после второго перелома. К этому моменту страх **В.** перед перекладиной достиг такой интенсивности, что во время тренировок спортсмен вообще перестал подходить к ней. Рисуя свой страх, он изобразил ухмыляющуюся перекладину: «Эту ухмылку никто больше не видит. Перекладина смотрит на меня и говорит: “Не подходи. Все равно упадешь. Все руки-ноги переломашь”».

В соответствии с моделью П. Жане в консультировании спортсмена **В.** были выделены следующие ключевые этапы: 1) стабилизация и снятие острых психофизиологических симптомов; 2) работа с травматическими воспоминаниями, десенсибилизация; 3) реинтеграция и возвращение к полноценной спортивной деятельности.

³ С одной стороны, известно, что попытка беречь травмированную часть тела зачастую приводит к техническим ошибкам и потере концентрации внимания, что могло стать причиной новой травмы. С другой стороны, новое падение и травму можно символически рассматривать как протест против давления, защиту своей автономии, субъектности.

В модели П. Жане первая фаза работы с травмой направлена на повышение уровня психического функционирования. В случае **В.** речь не идет о хронической травме и диссоциации, поэтому надобности в реализации развернутой первой фазы не было, однако некоторые интервенции, направленные на стабилизацию и редукцию симптомов, были необходимы. Они прежде всего касались восстановления чувства безопасности и базовых навыков саморегуляции. Несмотря на заботу, включенность родителей и заинтересованность тренера, **В.** постоянно ощущал угрозу того, что ему придется работать на перекладине, его чувство безопасности было сильно подорвано, основными реакциями стали избегание, замирание с выраженными физиологическими проявлениями, соматизация страха.

В психологической работе с **В.** использовался подход, сочетающий аналитические и когнитивно-бихевиоральные интервенции, арт-техники, тренинг с биологической обратной связью (БОС), а также интервенции в рамках концепции самодетерминации, которые в логике модели П. Жане были направлены на повышение уровня психического функционирования и избавляли от примитивных форм отреагирования и соматизации.

Для задач развития навыков саморегуляции использовались техники, применяемые в практике осознанности (*mindfulness*), и тренинг с БОС по обучению медленному абдоминальному дыханию 6 раз в минуту (Lehrer et al., 2000). Поскольку дыхание тесно взаимосвязано с ритмом сердца, изменяя ритм дыхания, можно менять параметры variability ритма сердца. При таком типе дыхания должны достигаться синхронизация ритмов сердца и дыхания (при вдохе происходит повышение ЧСС, при выдохе — снижение) и увеличение variability ритма сердца⁴. Эффективность таких

⁴ Ритму сердца в норме присуща определенная variability, т.е. длительность кардиоинтервалов от одного цикла работы сердца к другому отличается. В спокойном, расслабленном состоянии в записи ритмограммы присутствуют разные длительности кардиоинтервалов. Для количественной оценки variability ритма сердца и соответственно состояния регуляторных механизмов в данном исследовании использовался частотный (волновой) анализ ритма сердца. При стрессовом состоянии длительность кардиоинтервалов уменьшается и их variability снижается (работа сердца начинает подчиняться жесткому однообразному ритму). Частотный (волновой) анализ variability ритма сердца основан на построении спектров кардиоритмограммы с выделением трех основных компонентов спектра: *VLf* (*very low frequency*), *LF* (*low frequency*), *HF* (*high frequency*). По вкладу каждого из этих компонентов в общую спектральную мощность можно судить о преобладающем в данный промежуток времени влиянии: симпатическом,

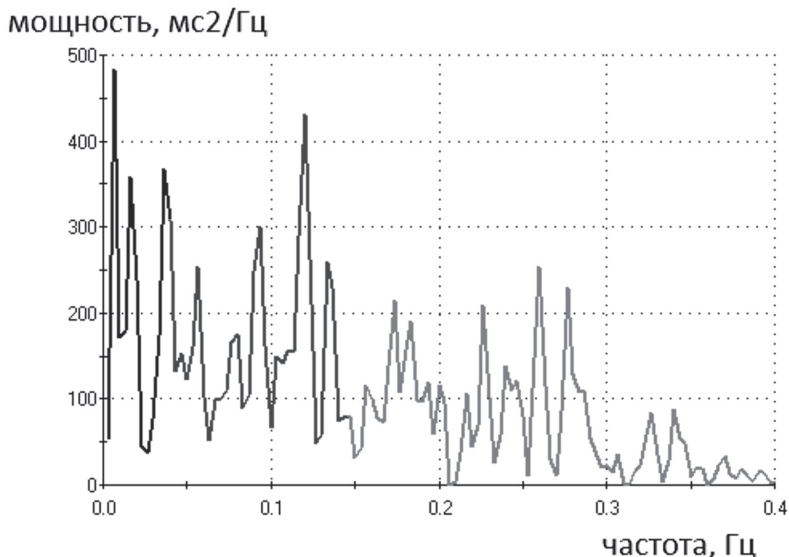


Рис. 1. Спектр ритма сердца спортсмена В. в начале консультативного процесса (апрель 2017 г.)

тренингов в спорте была показана в разных исследованиях (Blumenstein, Orbach, 2012; Neumann et al., 2002).

На основании анализа показателей variability ритма сердца спортсмена В. (рис. 1) можно сделать вывод, что в начале консультативного процесса он находился в состоянии высокого психоэмоционального напряжения. Ритм можно описать как достаточно ригидный, высока представленность *VLF*-спектра, что свидетельствует об участии высших (надсегментарных) отделов головного мозга и задействовании гормональных систем в регуляции ритма сердца, что происходит при росте стрессовых реакций.

Первоначально В. не удалось выполнить задание на саморегуляцию при помощи медленного абдоминального дыхания (6 раз в минуту), синхронизация ритма сердца и дыхания не достигнута, variability ритма сердца низкая, функциональное состояние организма неблагоприятное.

В случае хронической травматизации, сопряженной с детской межличностной травмой, работа по развитию навыков саморегу-

парасимпатическом или влиянии надсегментарных (высших) отделов головного мозга на ритм сердца и в целом судить о степени психоэмоционального напряжения человека, выраженности его стрессового состояния (Ковалева и др., 2013).

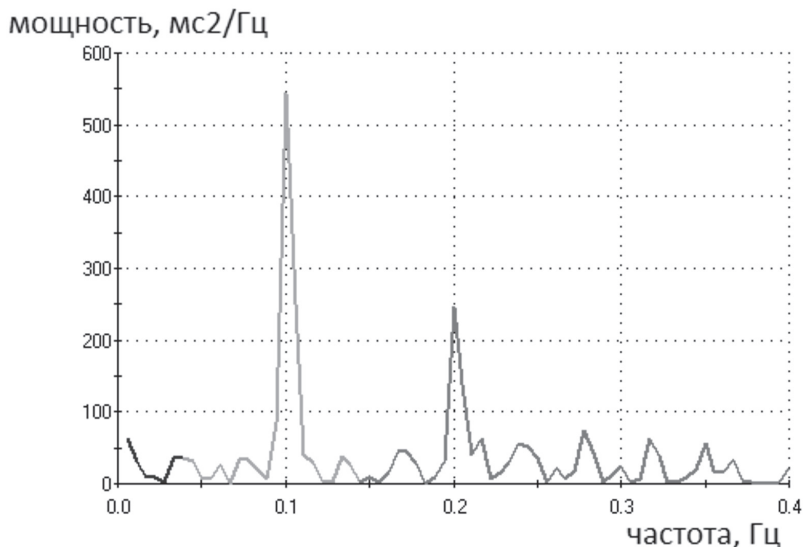


Рис. 2. Спектр ритма сердца спортсмена В. после проведенных сеансов коррекции (сентябрь 2017 г.).

ляции осуществляется отдельным блоком и предшествует интервенциям, связанным с травматическими воспоминаниями. Однако в данном случае очень быстро стало возможным совмещение этой фазы с начальным этапом работы с воспоминаниями о травме. После 8 тренировочных БОС-сессий и работы психолога спортсмен стал успешно справляться с заданием на дыхательный тренинг. На рис. 2 показана перестройка спектральных характеристик ритмограммы сердца. Разброс длительностей кардиоинтервалов заметно увеличился, в спектре ритма сердца можно наблюдать преимущественно один пик на частоте 0.1 Гц, что соответствует синхронизации ритма сердца с частотой дыхания 6 раз в минуту. То есть спортсмен успешно справляется с заданием на саморегуляцию, увеличивает долю дыхательной синусовой аритмии в спектре ритма сердца, что свидетельствует о росте показателей variability ритма сердца и нормализации функционального состояния его организма.

Была достигнута договоренность (и со спортсменом, и с тренером), что в ближайшие недели В. не тренируется на перекладине и даже не подходит к ней, а на других снарядах тренер страхует В. по первой его просьбе, даже если выполняемый элемент кажется тренеру очень простым. Это привело к снятию чувства угрозы и

снижению напряжения. После этого стали возможны первичная «вентиляция чувств» и формирование памяти-рассказа. Восстановление во всех деталях воспоминания о травме, предшествовавших ей и последовавших событиях оказало на **В.** благотворное влияние и снизило панические переживания в ответ на образ перекладины, который ранее запускал сильные физиологические и психологические проявления. Кроме того, спортсмену удалось перейти от обвинения тренера в своей травме к пониманию вклада его собственных реакций (переживаний по поводу конфликта с родителями, произошедшего накануне травмы), что позволило ему в дальнейшем учитывать и регулировать свое состояние, особенно при подходе к сложным программам и на других снарядах.

Задача **второй фазы** консультативного процесса — проработка, интеграция и преодоление фобии травматических воспоминаний. Свои рассказы об обеих травмах **В.** сам записал на диктофон. Первоначально уровень тревоги, связанной с историей травматизации, оценивался спортсменом на 100 баллов из 100. Был проведен БОС-тренинг с задачей поддержания дыхания «6 дыханий в минуту» во время прослушивания записи рассказа о травме. На рис. 3 представлены резкие изменения паттернов дыхания и ритма сердца в состоянии покоя и при прослушивании травматической истории. Дыхание спортсмена становилось сбивчивым, с обилием задержек и десинхроний.

Этот этап работы длился около полутора месяцев. К концу периода показатели вариабельности сердечного ритма (ВРС) выросли как в покое, так и во время прослушивания травматической

ЧСС и дыхание

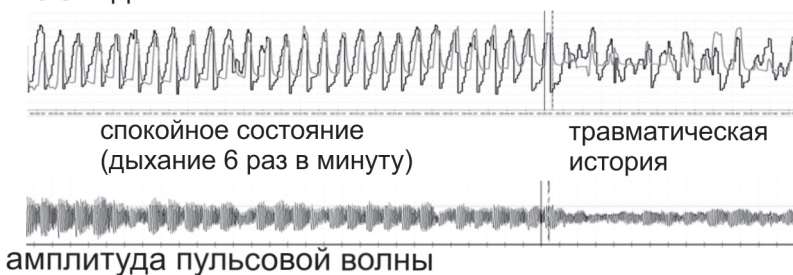


Рис. 3. Изменение паттерна дыхания, ЧСС и амплитуды ритма сердца в процессе прослушивания травматической истории по сравнению со спокойным состоянием

истории. Если вначале на фоне прослушивания истории показатели ВРС снижались, отражая рост психоэмоционального напряжения спортсмена, то в конце они либо практически не менялись, либо немного росли. То есть можно сделать вывод, что проведенная работа оказала положительное влияние на объективные физиологические индикаторы психоэмоционального состояния данного спортсмена, он научился контролировать свое состояние на физиологическом уровне. Примечательно, что после 2-месячного летнего перерыва в консультациях у **В.** наблюдалось дальнейшее улучшение по всем физиологическим показателям, что может говорить о стойкости терапевтического эффекта.

После снижения уровня тревоги при прослушивании рассказа о падении и проработки переживаний, связанных в том числе и со страхом телесных изменений (что очень значимо, поскольку травма пришлось на время начала интенсивных телесных изменений и сдвигов в телесном образе Я), **В.** стал способен наблюдать за работой товарищей на перекладине, а впоследствии и сам приступил к отработке самых простых и затем более сложных элементов. Он научился отслеживать и более дифференцированно понимать свое состояние (страх, злость, отчаяние, раздражение и др.), связывать его с ситуациями возникновения, а также контролировать его, используя визуализацию, дыхательные приемы и техники практик осознанности.

Третья фаза консультирования была посвящена завершению реабилитации, во время которой спортсмену пришлось перестраивать отношения с товарищами по команде и тренером, пережить несколько горьких поражений в соревнованиях, отгоревать произошедшее снижение спортивной формы и поставить новые цели. Одной из ключевых проблем **В.** был страх, что его заставят делать то, что он не может и не хочет (угроза чувству автономии, тревога перед внедряющимися объектами). В течение нескольких консультаций он обсуждал с психологом свои переживания беспомощности, бессилия, брошенности, протеста, гнева. Поэтому несколько сессий были направлены на повышение силы Я, укрепление чувства субъектности, автономии, ощущения себя инициатором собственных действий.

Влияние фактора внешнего давления, приводящего к снижению чувства автономии, становится особенно критичным в состоянии уязвимости и ощущении угрозы безопасности, каким является период после травмы. У спортсмена **В.** в начале консультативной работы страх, что его могут отправить на снаряд и заставить отрабатывать

элемент, с которого произошло падение, мгновенно приводил к подключению соматического уровня: «мути» в районе живота, падению четкости зрительного восприятия, т.е. к острым диссоциативным состояниям, невозможности воспринимать и осмысливать реальность. В исследованиях показывается, что уровень автономии при возвращении в спорт является одним из критических факторов (Podlog, Eklud, 2007, 2010), позволяющих восстанавливать чувство контроля над своей жизнью. Давление на спортсмена с целью скорейшего возвращения в спорт может быть контрпродуктивным, приводить к повышению тревоги, напряжения, смещению фокуса внимания на травмированную область, к нарушениям концентрации и искажению восприятия спортивной задачи.

Учитывая возникшее у **В.** ощущение брошенности, одиночества, а также опираясь на данные исследований, согласно которым травмированные спортсмены нередко переживают чувства социальной изоляции и отчужденности в высококонкурентном коллективе, в консультативном процессе внимание уделялось также прояснению источников социальной поддержки, повышению ощущения связи с тренером и товарищами по команде.

На завершающей консультации **В.** отметил, что после травмы он стал сильнее, терпимее, терпеливее, что у него появилась способность проживать свой страх, лучше понимать свои чувства, более серьезно относиться к работе на снаряде. Он хорошо понимал, что полное восстановление займет время и что у него, его тренера и родителей хватит терпения на прохождение этого пути.

Заключение

Спортивная травма сопряжена с целым рядом сложных психологических переживаний, касающихся как физической безопасности, так и невозможности реализовать имеющиеся цели, надежды и ожидания. Переживание спортивной травмы проходит закономерный процесс внутренней работы: шок, непонимание произошедшего, злость, чувство несправедливости, тоска, безнадежность, катастрофизация, избегание, депрессивность, принятие реальности. Страх ретравматизации сопряжен со сложностями психологической переработки спортивной травмы.

Фазовая модель Пьера Жане позволяет организовать процесс психологической реабилитации в соответствии с логикой переживания и связанными с ней актуальными задачами. Так, первая фаза дает возможность восстановить чувство безопасности, «провести ревизию» существующих способов совладания и расширить

их репертуар, сформировать необходимые навыки саморегуляции, повысить информированность спортсмена в отношении процессов переживания травмы, этапов реабилитации и психологических задач, которые должны быть решены для успешного совладания с травматическим опытом. Вторая фаза посвящена работе с травматическими воспоминаниями, формированию нарратива, памяти-рассказа (Janet, 1928), введению этого события в историю жизни и спортивной карьеры, символизации тех переживаний и состояний, с которыми человек столкнулся и которые сопровождали травму и процесс лечения. Третья фаза еще больше укореняет спортсмена в настоящем, отвечая на вопрос о том, как продолжать свою жизнь и спортивную карьеру, учитывая изменившиеся состояние и возможности и извлекая опыт из пережитой травмы, как снова найти свое место в команде, как заново научиться доверять своему телу и обрести свободу движения, почувствовать вкус соревновательной деятельности и т.д.

Сопровождение спортсмена на разных стадиях процесса переживания травмы дает возможность восстановить его физическое и психологическое благополучие и преодолеть страх ретравматизации, что может стать залогом его спортивного долголетия и личностного роста. Такая работа должна начинаться с процессов профилактики травматизма, с кризисной интервенции, первой психологической помощи, снижающей риск развития посттравматических реакций и состояний.

Благодарности

Авторы благодарят супервизорскую группу Московской ассоциации аналитической психологии за плодотворное участие в разборе случая.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Ван дер Харт О., Нейенхюс Э., Стил К. Призраки прошлого. Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. М.: Когито, 2013.

Довжик Л.М., Нартова-Бочавер С.К. Совладание с травмой у профессиональных спортсменов [Электронный ресурс] //Клиническая и специальная психология. 2015. Т. 4. № 2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Dovzhik_NartovaBochaver.shtml (дата обращения: 12.12.2017).

Жане П. Неврозы и фиксированные идеи // [Соч.] Пьера Жане, проф. философии в Лицее Кондорсе и дир. Психол. лаб. Клиники в Сальпетриере; Пер. с фр. М.П. Литвинова. Санкт-Петербург: О.Н. Попова, 1903.

Ковалева А.В., Панова Е.Н., Горбачева А.К. Анализ варибельности ритма сердца и возможности его применения в психологии и психофизиологии // Современная зарубежная психология. 2013. № 1. С. 35—50.

Федунина Н.Ю. Спорт в психологии повседневности // Психологические исследования. 2017. Т. 10. № 56. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 21.02.2018).

Bianco T., Malo S., Orlick T. Sport injury and illness: Elite skiers describe their experiences // Research Quarterly for Exercise and Sport. 1999. Vol. 70. P. 157—169. doi.org/10.1080/02701367.1999.10608033

Blumenstein B., Orbach I. Mental practice in sport: sports and athletic preparation, performance and psychology. Twenty case studies. N.Y.: Nova Science Publishers, 2012.

Cox R. The psychological rehabilitation of a severely injured rugby player // Solutions in sport psychology / Ed. by I.M. Cockerill. London, UK: Thomson Learning, 2002. P. 159—172.

Driediger M., Hall C., Callow N. Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis // Journal of Sports Sciences. 2006. Vol. 24. P. 261—271. doi.org/10.1080/02640410500128221

Gould D., Udry E., Bridges D., Beck L. Stress sources encountered when rehabilitating from season-ending ski injuries // The Sport Psychologist. 1997. Vol. 11. P. 361—378. doi.org/10.1123/tsp.11.4.361

Hatzigeorgiadis A., Zourbanos N., Galanis E., Theodorakis Y. Self-talk and sports performance: A meta-analysis // Perspectives on Psychological Science. 2011. Vol. 6. N 4. P. 348—356. doi.org/10.1177/1745691611413136

Janet P. L'Évolution de la mémoire et de la notion du temps. Paris: Chahine, 1928.

Lehrer P.M., Vaschillo E., Vaschillo B. Resonant frequency biofeedback training to increase cardiac variability: rationale and manual for training // Applied Psychophysiology and Biofeedback. 2000. Vol. 25. P. 177—191. doi.org/10.1023/A:1009554825745

Mallina R., Giannoudis P.V. Sports injuries in children and adolescents: Classification, epidemiology, and clinical examination // Sports injuries in children and adolescents / Ed. by A.H. Karantanas. Berlin: Springer-Verlag, 2011. P. 3—41.

Neumann N., Strehl U., Birbaumer N., Kotchoubey N. Electroencephalographic measures and biofeedback // Biofeedback applications in performance enhancement: Brain and body in sport and exercise / Ed. by B. Blumenstein, M. Bar-Eli, G. Tenenbaum. N.Y.: John Wiley & Sons, Inc., 2002. P. 101—122.

Pimenta N. Experiences of pain and injury in male and female artistic gymnastics: A figurational sociological study. A Doctoral Thesis. Loughborough, UK: Loughborough University, 2016. <https://dspace.lboro.ac.uk/2134/21784> (date of retrieval: 12.12.2017).

Podlog L., Eklund R.C. The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self-determination perspective // Psychology of Sport and Exercise. 2007. Vol. 8. P. 535—566. doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.07.008

Podlog L., Eklund R.C. Returning to competition after a serious injury: The role of self-determination // *Journal of Sports Sciences*. 2010. Vol. 28. N 8. P. 819—831. doi.org/10.1080/02640411003792729

Santi G., Pietrantonio L. Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions // *Journal of Human Sport and Exercise*. 2013. Vol. 8. N 4. P. 1029—1044. doi.org/10.4100/jhse.2013.84.13

Sordoni C., Hall C., Forwell L. The use of imagery by athletes during injury rehabilitation // *Journal of Sport Rehabilitation*. 2000. Vol. 9. P. 329—338. doi.org/10.1123/jsr.9.4.329

Theodorakis Y., Beneca A., Goudas M. et al. The effect of self-talk on injury rehabilitation // *European Yearbook of Sport Psychology*. 1998. Vol. 2. P. 124—135.

Поступила в редакцию 17.04.18

Принята к публикации 11.05.18

CASE-STUDY OF PSYCHOLOGICAL COUNSELING OF SPORT TRAUMA BASED ON PIERRE JANET THERAPEUTIC METHOD

Natalia Yu. Fedunina^{1,2}, *Alena I. Grushko*²,
Anastasia V. Kovaleva^{2,3}, *Gennady S. Bannikov*^{1,4}

¹ *Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia*

² *Moscow Center of Advanced Sport Technologies, Moscow, Russia*

³ *P.K. Anokhin Research Institute of Normal Physiology, Moscow, Russia*

⁴ *Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow, Russia*

Abstract:

Relevance. Professional sport has become more complex and risky activity in the last decades. Consequently, scientific and applied multi-disciplinary field of sport trauma attract more and more attention. Together with swift development of sport medicine and rehabilitation theoreticians and practitioners pay attention to the differences of physical and psychological readiness to resuming of sport training and competing activities.

Objective. The article deals with the problem of psychological rehabilitation after sport trauma. Major types of interventions are discussed. Fear of re-injury is considered to be one of the key difficulties after sport trauma.

Methods. The article presents the case of a gymnast with a strong fear of re-injury. Characteristics of psychological traumatization are depicted. Consulting scheme is based on the theory and practice of trauma in the works of Pierre Janet.

Results. Three stages of counseling included 1) stabilization of personality and mitigation of acute psychophysiological stress symptoms; creation of a narration about trauma; 2) re-processing of traumatic memories and desensibilization; 3) reintegration and return to sport and competing activity. A number of methods were used to achieve the goal of each stage: cognitive-behavioral interventions, analytic interventions, art techniques, biological feedback, self-determination interventions. The dynamic of 10 sessions is analyzed.

Conclusions were made on the necessity of psychological guidance, which should start shortly after trauma and be provided during the whole rehabilitation period in a systematic approach, including a sportsman, a coach and parents.

Key words: sport trauma, fear of re-injury, biofeedback, sport psychology, gymnastics, Pierre Janet.

References:

Bianco, T., Malo, S., Orlick, T. (1999). Sport injury and illness: Elite skiers describe their experiences. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70, 157—169. doi.org/10.1080/02701367.1999.10608033

Blumenstein, B., Orbach, I. (2012). *Mental practice in sport: sports and athletic preparation, performance and psychology. Twenty case studies*. NY: Nova Science Publishers.

Cox, R. (2002). The psychological rehabilitation of a severely injured rugby player. In Y. Cockerill (ed.) *Solutions in sport psychology* (pp. 159—172). London, UK: Thomson Learning.

Dovzhik, L.M., Nartova-Bochaver, S.K. (2015). Sovladaniye s travmoy u professional'nykh sportsmenov [Coping with trauma in professional athletes]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya* [Clinical psychology and special education], 4, 2. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Dovzhik_NartovaBochaver.shtml (date of retrieval: 12.12.2017).

Driediger, M., Hall, C., Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences*, 24, 261—271. doi.org/10.1080/02640410500128221

Fedunina, N.Yu. (2017). Sport v psikhologii povsednevnosti [Sport in the psychology of everyday life]. *Psikhologicheskiye issledovaniya* [Psychological studies], 10, 56, 4. URL: <http://psystudy.ru> (date of retrieval: 21.02.2018).

Gould, D., Udry, E., Bridges, D., Beck, L. (1997). Stress sources encountered when rehabilitating from season-ending ski injuries. *The Sport Psychologist*, 11, 361—378. doi.org/10.1123/tsp.11.4.361

Hatzigeorgiadis, A., Zourbanos, N., Galanis, E., Theodorakis, Y. (2011). Self-talk and sports performance: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 4, 348—356. doi.org/10.1177/1745691611413136

Janet, P. (1903). *Nevrozy i fixirovannye idei* [Neuroses and fixed ideas]. St. Petersburg, 1903. Vol. 1.

Janet, P. (1928). *L'Évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: Chahine.

Kovaleva, A.V., Panova, Ye.N., Gorbacheva, A.K. (2013). Analiz variabel'nosti ritma serdtsa i vozmozhnosti yego primeneniya v psikhologii i psikhofiziologii [Analysis of heart rate variability and its application in psychology and psychophysiology]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya* [Modern foreign psychology], 1, 35—50.

Lehrer, P.M., Vaschillo, E., Vaschillo, B. (2000). Resonant frequency biofeedback training to increase cardiac variability: Rationale and manual for training. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 25, 177—191. doi.org/10.1023/A:1009554825745

Mallina, R., Giannoudis, P.V. (2011). Sports injuries in children and adolescents: Classification, epidemiology, and clinical examination. In A.H. Karantanas (ed.) *Sports injuries in children and adolescents* (pp. 3—41). Berlin: Springer-Verlag.

Neumann, N., Strehl, U., Birbaumer, N., Kotchoubey, N. (2002). Electroencephalographic measures and biofeedback. In B. Blumenstein, M. Bar-Eli, G. Tenenbaum (eds.) *Biofeedback applications in performance enhancement: Brain and body in sport and exercise* (pp. 101—122). N.Y.: John Wiley & Sons, Inc.

Pimenta, N. (2016). Experiences of pain and injury in male and female artistic gymnastics: A figurational sociological study. A Doctoral Thesis. Loughborough University. <https://dspace.lboro.ac.uk/2134/21784> (date of retrieval: 12.12.2017).

Podlog, L., Eklund, R.C. (2007). The psychosocial aspects of a return to sport following serious injury: A review of the literature from a self-determination perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 8, 535—566. doi.org/10.1016/j.psychsport.2006.07.008

Podlog, L., Eklund, R.C. (2010). Returning to competition after a serious injury: The role of self-determination. *Journal of Sports Science*, 28, 8, 819—831. doi.org/10.1080/02640411003792729

Santi, G., Pietrantonio, L. (2013). Psychology of sport injury rehabilitation: a review of models and interventions. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8, 4, 1029—1044. doi.org/10.4100/jhse.2013.84.13

Sordani, C., Hall, C., Forwell, L. (2000). The use of imagery by athletes during injury rehabilitation. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9, 329—338. doi.org/10.1123/jsr.9.4.329

Theodorakis, Y., Beneca, A., Goudas, M., et al. (1998). The effect of self-talk on injury rehabilitation. *European Yearbook of Sport Psychology*, 2, 124—135.

Van der Khart, O., Neyenkheyus, E., Stil, K. (2013). *Prizraki proshlogo. Strukturnaya dissotsiatsiya i terapiya posledstviy khronicheskoy psikhicheskoy travmy* [Ghosts of the past. Structural dissociation and therapy of the consequences of chronic mental trauma]. Moscow: Kogito.

Original manuscript received April 17, 2018

Revised manuscript accepted May 11, 2018