Национальный психологический журнал, 2012,
№2, С. 136-143
Опубликована: Апрель 1, 2012

Переживание спортивной травмы

Леонов Сергей Владимирович

Кандидат психологических наук. Директор РПО, секретарь Этического комитета РПО. Опубликовал более 30 научных работ. В 2011 году получил грант поддержки талантливых студентов, аспирантов и молодых ученых МГУ имени М.В.Ломоносова за цикл работ «Спортивная психология».

Аннотация

В статье рассматриваются психологические аспекты восстановления атлетов после получения травмы. Проводится анализ определения спортивной травмы, факторов, влияющих на переживание спортивных травм, анализируются особенности экспрессии болевых ощущений в спорте. В работе показывается, что реабилитация атлетов должна сочетать в себе комплексную программу восстановления спортсменов, разрабатываемую совместно врачами-травматологами, физиотерапевтами, тренерами, психологами. Также рассматриваются факторы, способствующие повышению уровня травматизма в спорте: изменение покрытий спортивных площадок, применение анаболических препаратов. Анализируются подходы к реабилитационным программам травмированных спортсменов. Подробно рассматривается модель К. Эймс и Д. Дуда, основу которой составляет реализация программы работы с атлетами, ориентированной на целеполагание, включенности атлетов в решении задач. Выбор задач определяется степенью их доступности и достижимости спортсменами.

Ключевые слова: травма, боль, психологические особенности восстановления, психология спорта

Переживание спортивной травмы

Психологические аспекты восстановления атлетов после получения травмы являются областью изучения специалистов различных направлений. Согласно данным Д. Мейа и Г. Сиеба (May & Sieb), более полумиллиона спортивных травм ежегодно получают только в американских средних школах. В Великобритании количество травмированных атлетов составляет несколько миллионов человек. По данным Д. Паргмана, за последние 25 лет количество травм значительно увеличилось. Фактически любое занятие спортом сопровождается получением травм различной степени тяжести. В профессиональном спорте, требующем значительных физических и психологических нагрузок, получение травмы является неизбежным. Однако в течение многих лет профессиональное сообщество интересовали лишь физиологические аспекты спортивной активности. В данной статье мы проанализируем психологические аспекты переживания спортивной травмы; покажем, что реабилитация атлетов должна сочетать в себе комплексную программу их восстановления, разрабатываемую травматологами, физиотерапевтами, тренерами, психологами; более глубоко рассмотрим факторы, лежащие в основе переживания травм, а также развитие эффективных реабилитационных методик, способствующих процессу восстановления.

Определение спортивной травмы

В научной литературе существует множество определений спортивной травмы. Авторы нередко расходятся во мнениях относительно критериев травмы и определяют это понятие по-разному. Петрие и Фолкштейн (Petrie &Falkstein) рассматривают травму как такое состояние спортсмена (с медицинской или физиологической точек зрения), при котором он вынужден пропустить, по крайней мере, один день тренировочной или соревновательной деятельности. Таким образом, количество пропущенных атлетом дней определяет степень серьезности травмы. Например, травма классифицируется как легкая, незначительная, если спортсмен пропускает от 1 до 7 дней тренировок или соревнований; средняя степень травмы характеризуется от 8 до 21 пропущенных спортсменом дней;

серьезная травма - спортсмен пропускает более 21 тренировочных или соревновательных дня.

Куинн и Фаллон (Quinn, Fallon) определяют травму как «травмирующее событие в жизни, повлекшее физические и психологические последствия». Гоулд, Одри, Бриджес и Бек (Gould, Udry, Bridges, Beck) также рассматривают травму, как «значительное негативное событие, повлекшее за собой изменения в жизни». Бревер и соавторы (Brewer) определяют спортивную травму как «событие или процесс, вызвавший физические повреждения организма, которые требуют прохождения реабилитации». То есть, в данном контексте основной аспект определения травмы связан с необходимостью реабилитации для спортсменов, а не с продолжительностью перерыва в спортивной деятельности. Несомненно, более объективной является систематизация спортивных травм, основанная на физиологических данных. Однако, например, растяжение мышц, требующее медицинской помощи до и после тренировки, далеко не всегда ограничивает спортсмена в его профессиональной деятельности.

Согласно системе регистрации спортивных травм, разработанной Б. Блеквелом и П. Маккулагом (B. Blackwell, P. McCullagh), все травмы и болезни, при которых требуется оказание медицинской помощи спортсмену, фиксируются. Травма определяется как легкая, если нужна медицинская помощь, не затрагивающая профессиональную деятельность спортсмена. Средняя степень травмы диагностируется в случае оказания атлету медицинской помощи, предписывающей ему изменения в его физических действиях. Сложная травма характеризуется медицинским лечением атлета и пропуском соревновательной и тренировочной деятельности.

Наше определение спортивной травмы во многом схоже с позицией Д. Паргмена (D. Pargman), который рассматривает ее как состояние, результатом которого является невозможность функционировать так же полноценно, как и до получения физических повреждений во время занятий спортом.

Помимо приведенных выше определений, в спортивной науке выделяют два вида травм: макро - и микротравмы. Макротравма, как правило, сопровождается острой болью, повреждением организма. Она является результатом внезапного сильного воздействия, например, удара, которое приводит к значительным повреждениям (растяжению, вывиху, смещению суставов, перелому). В противоположность этому, микротравма связана с

аккумулированием повторяющихся небольших воздействий, которые постепенно приводят к нарушению тканей. Это особенно наглядно проявляется в костных и мышечно-сухожильных структурах, причина заболеваний которых заключается в повторяющейся механической перегрузке. Продолжительность такого рода травм может исчисляться несколькими месяцами.

Макротравма обычно является результатом инцидента, когда спортсмен сразу же осознает, что им получена травма. В случае микротравмы может пройти несколько месяцев перед тем, как спортсмен действительно начинает понимать, что он травмирован. Данный факт значительно осложняет процесс лечения и реабилитации.

Когда причины, вызвавшие какие-либо дисфункции, не определены, у спортсменов возможны состояния фрустрации, агрессия, депрессии. В этой ситуации травмированный спортсмен не в состоянии адекватно определить цели реабилитационного процесса и, что наиболее важно, стремиться достигнуть их.

Знание причин полученной спортсменом травмы влияет на психологическую реакцию атлета на это событие. Так, в случае макротравмы, ее причина обычно однозначно определена. В связи с этим устанавливается определенный курс лечения и реабилитации. В такой ситуации спортсмен четко знает, что его ожидает и какой курс лечения предстоит. Последствия микротравмы, как и сама травма, могут быть достаточно продолжительное время скрыты от атлета, в связи с чем, травма усугубляется, что приводит к увеличению периода реабилитации.

Факторы, влияющие на переживание спортивных травм

В некоторых видах спорта повреждения, ушибы являются неотъемлемой частью игры (как, например, в регби). Во многих случаях, спортсмен продолжает играть, будучи травмированным, поскольку имплицитно у него есть представления, что это является допустимой нормой. Это также создает сложности при регистрации и определении травмы, поскольку сам вид спорта вынуждает спортсменов игнорировать, пренебрегать болью.

В связи с этим в исследованиях спортивной травмы ставится вопрос о необходимости учета ожиданий, представлений атлета о том, что значит «быть травмированным» и понимания

экспрессии болевых ощущений в каждом определенном виде спорта. Вид спорта (командный или индивидуальный) существенно влияет на реакции получения травмы игроком и последствия ее как для игрока, так и для коллектива. Высокостатусный травмированный игрок может испытывать чувство вины за то, что «подвел» команду, не смог принести ей пользу. Но, в то же время, спортивный коллектив может выступить катализатором реабилитационного процесса. Поддержка со стороны других игроков, создание условий, при которых травмированный игрок может быть востребованным, нужным коллективу способствует его скорейшему выздоровлению и восстановлению.

Временная перспектива в отношении травмы (количество предполагаемых пропущенных матчей, игр, сезонов) оказывает огромное влияние на психологическое состояние спортсмена. Атлету очень тяжело смириться с тем, что он отойдет от спорта на продолжительное время, потеряет свою физическую форму, отстанет от партнеров и соперников.

Существуют половые различия получения и переживания травм. С. Волтери (S.Walter) и коллеги отмечают, что вероятность того, что спортсмены - мужчины и женщины - будут одинаково обращаться за медицинской помощью, различна.

К факторам, увеличивающим количество спортивных травм, в настоящее время относится использование искусственных покрытий на игровых площадках для тренировочной деятельности и соревнований. С одной стороны, это позволяет значительно увеличить скорость и темп спортивных движений, позволяет атлетам более активно перемещаться, быстрее и резче менять направление своих передвижений, нежели на натуральных газонах. Но, с другой стороны, это создает дополнительную нагрузку на опорно-мышечную систему спортсмена, что также является причиной постоянно увеличивающегося количества спортивных травм.

Большое значение имеет функциональная подготовка атлетов. Как отмечает Д. Паргмен (D. Pargman), сегодняшние спортсмены значительно крупнее и сильнее спортсменов прошлых лет. Это объясняется инновационным подходом к тренировочному процессу с отягощениями и, возможно, неправильным, неэтичным и противозаконным использованием препаратов, таких как анаболические стероиды. Подобное увеличение мышечной силы влияет на базовые принципы некоторых видов спорта и может считаться возможной причиной получения физической травмы

спортсменом. Несмотря на то, что спортсмены стали сильнее, а в некоторых видах спорта крупнее, чем спортсмены прошлых лет, структура их скелета практически не изменилась. В публикации, посвященной изучению данного вопроса, был отмечен тот факт, что никакие усиленные тренировки и никакие виды химических препаратов не способны изменить параметры скелета человека. Соответственно, вращательные движения и нагрузки, воздействующие на длинные трубчатые кости и суставы сегодняшних спортсменов, гораздо сильнее, поэтому риск получения травм возрастает.

Важным аспектом травматизма является также нерационально составленный режим труда и отдыха, ненадлежащим образом подготовленный спортивный инвентарь, несоблюдение техники безопасности при работе на спортивных снарядах, невыполнение установок тренера, отсутствие навыков использования методов саморегуляции. Все это может проявляться в различных контактных видах спорта (регби, бокс), когда атлет неоправданно грубо и жестко действует в тренировочной ситуации.

Переживание боли

Дискуссионным моментом остается определение боли, сопровождающей спортивную травму. Согласно Р. Мелзак и П. Волл (R. Melzack, P. Wall), общепринятого определения боли, также как и травмы, не существует. Боль определяется как сенсорное ощущение, вызванное стимулами, приведшими к травме или угрожающими повреждением тканей, причиняющее страдание. Особые нервные окончания, окружающие поврежденные ткани или органы, или находящиеся в непосредственной близости к ним, «передают» сигналы о боли в головной мозг, информируя о полученной травме. Биохимические изменения и отек тканей, возникающий из-за ухудшения циркуляции лимфы вокруг и в поврежденных тканях, где сосредоточены болевые рецепторы, стимулируют передачу электрохимических сигналов в специализированные отделы головного мозга.

Сигнал о боли передается по спинному мозгу и достигает ноцицептивной системы головного мозга, где и происходит его обработка. Также необходимо принять во внимание тот факт, что тело человека обладает способностью «забывать» реальное чувство боли. Согласно Л. Пен и К. Фишер (L. Pen, C. Fisher), боли не существует как таковой, пока кора головного мозга не

получит информацию о болевом ощущении. Травмированный спортсмен в состоянии вспомнить посредством когнитивных или аффективных процессов, что травма была болезненной, но точно описать ощущения в большинстве случаев не сможет.

Как правило, предполагается, что травма и боль непосредственно связаны друг с другом, но в действительности довольно часто встречаются травмы без боли и болевые ощущения в отсутствие травмы.

При определении боли необходимо учитывать следующие критерии: индивидуальные различия в терпимости боли; адекватность языка для описания болевых ощущений; социологические нормы, влияющие на экспрессию боли; диагностические средства, с помощью которых определяется степень болевых ощущений; индивидуальные различия спортсменов.

Существенное влияние на атлетов оказывает спортивная культура и болельщики. Так, тренеры, одноклубники, спортивные фанаты отрицательно относятся к спортсменам, которые играют чрезмерно осторожно, боясь получить или нанести другому травму. Средства массовой информации занимаются популяризацией тех спортсменов, которые, не боясь боли, могут вынести тяжелую травму. В результате травма становится одним из путей к известности и популярности в спорте.

Важную роль в этой проблеме играет механизм идентификации у спортсменов с «мужскими» чертами характера. Некоторые виды спорта, такие как бокс, футбол, борьба, регби характеризуются высоким уровенем травматизма, в то же время за ними закрепилась ассоциация исключительно мужских занятий. В связи с этим, спортсмены в этих видах спорта заранее воспринимают боль как неотъемлемую, а иногда и необходимую составляющую «настоящей мужской игры». Иногда получение травмы, особенно для молодых спортсменов, воспринимается как средство достижения уважения со стороны одноклубников. Феномен «принесения в жертву собственного тела» ради спортивных достижений был эмпирически верифицирован С. Шафер (S.Shaffer). Он обнаружил, что юные борцы игнорировали предупреждающие болевые сигналы и продолжали бороться, несмотря на острую физическую боль.

Л. Харди провел исследование, в котором показал, что процесс социализации и идентификации борцов связан с тем, насколько они умеют выносить боль и терпеть травму. Молодые атлеты воспринимают боль и травму как обычные составляющие

спортивной деятельности. По мере профессионализации борцов, перехода их на более высокий уровень, способность переносить боль становится повсеместной.

Для того чтобы быть успешным борцом, по мнению Д. Коакли (J.Coakley), необходимо следовать таким положениям:

1. Не обращать внимания на «несерьезные» травмы;
2. Относиться к специальному лечению незначительных травм как к «излишеству»;
3. Иметь высокий уровень мотивации продолжать спортивную деятельность, несмотря на боль и повреждения;
4. Избегать использования травм или боли как причин для неучастия в тренировках или соревнованиях;
5. Относиться к врачам и тренерам как к экспертам, чья задача заключается в поддержке спортсменов в соревновательной деятельности, когда атлеты травмированы;
6. Относиться к обезболивающим противовоспалительным препаратам как необходимым средствам, поддерживающим спортивную деятельность;
7. Разделять принцип, согласно которому все спортсмены должны платить определенную «цену» за свои спортивные достижения;
8. Нежелание жертвовать чем-либо ради победы или нежелание бороться до конца, воспринимать как профессиональный недостаток.

Таким образом, мы видим, что данные принципы в некоторой степени провоцируют определенный уровень травматизма. Спортсмен, испытывая болевые ощущения, переживает этот факт как должно и не только не стремится своевременно принять меры по предупреждению травмы, но и сознательно рискует усложнить полученные им повреждения.

Ф. Флинт и М. Веис считают, что до тех пор, пока сами атлеты, от своего лица, не выразят желание противостоять промоутерской культуре, популяризирующей травматизм и боль, спортсмены будут оставаться в зоне высокого риска получения серьезных травмы.

Боль является многомерным конструктом, включающим физиологический, психологический и социологический компоненты. До недавних пор измерение болевых ощущений происходило лишь по одному параметру - интенсивность, с

использованием математических шкал. Для упрощения диагностики уровня интенсивности боли применялись визуальные шкалы, оценивающие экспрессию лица. Наибольшее распространение это получило в детских больницах. Впоследствии стали разрабатываться опросные методы для получения информации о боли травмированного атлета. Путем применения различных опросников медицинский персонал смог собирать информацию о качестве и количестве болевых ощущений, об очаге боли и возможности его распространения, о временном диапазоне болезненных ощущений.

Но, несмотря на использование современных медицинских технологий, необходимо учитывать индивидуальные различия спортсменов. Т. Линденфелд, И. Нойс и М. Маршал (T. Lindenfeld, E Noyes, M. Marshall) отмечают, что даже в рамках одного вида спорта, игроки могут обладать различной болевой терпимостью. Это приводит к тому, что один атлет возвращается к соревнованиям значительно раньше другого при схожести полученных ими травм. Проблеме индивидуальных различий терпимости боли посвящено большое количество работ. Б. Бакстон, Д. Перин, Р. Хетсзлер, К. Хо, Д. Грик (B. Buxton, D. Perrin, R. Hetzler, K. Ho, J. Gieck) анализировали этнический аспект болевых ощущений. М. Мейерс, А. Бурджеос, С. Стюарт, А. Леунес (M.Meyers, A. Bourgeois, S. Stewart, A. LeUnes) исследовали проблемы оценивания болевых ощущений. Социологический аспект боли рассмотрен в работах Г. Никсон (G. Nixon).

Реабилитация атлетов

Значительное число научных исследований посвящено вопросам социальной поддержки спортсмена во время реабилитационного периода. Несомненно, что ближайшее социальное окружение оказывает большую пользу спортсмену на этапе восстановления после травмы. Для атлета является важным сохранить в этот период тесный контакт со своей командой, со своим коллективом. Это помогает ему почувствовать собственную значимость и поддержку со стороны коллег. В период восстановления атлета необходима интеграция усилий физиологов, психологов, спортсменов, всех, кто имеет влияние на травмированного игрока.

В некоторых этнических группах, социальных сообществах, семьях занятие спортом считается легкомысленным делом,

которому не следует уделять особого внимания. В этом случае может иметь место низкий уровень социальной поддержки травмированного спортсмена, вследствие чего психологические реакции на травму могут быть обострены. Аналогичным образом складывается ситуация в случае непринятия или неодобрения семьей спортсмена его профессии. Например, если родители выступали против занятия ребенка футболом, то в ситуации травмы атлету будет гораздо сложнее проходить восстановительный период.

По мнению Ф. Флинт (F. Flint), продуктивности восстановительного процесса способствует знание атлетом особенностей протекания реабилитационного периода: какие ощущения являются нормальными для определенной стадии восстановления, как контролировать реабилитационный процесс. Так, для спортсменов-новичков переживание опыта, связанного с травмой, всегда является мощным стресс-фактором. Большинство страхов и беспокойство в отношении травмы обусловлено отсутствием знаний о том, каких последствий следует ожидать. Возникают новые телесные ощущения, изменяются привычные реакции у спортсменов, что приводит к увеличению уровня тревожности.

К. Эймс и Д. Дуда (C. Ames, J. Duda) предлагают модель восстановления спортсмена после травмы, основу которой составляет реализация программы работы с атлетами, ориентированной на задачу (Рис.1). Базисом этой программы является принцип целеполагания, включенности атлетов в решение задач. Выбор задач определяется степенью их доступности и достижимости спортсменами.

Рис.1 Модель восстановления спортсмена после травмы

На Рис.1 схематично представлены факторы, оказывающие влияние на переживания и состояния спортсмена на пре - и постравмирующих стадиях. Основным предметом работы спортивного психолога в данном случае является мотивационный уровень атлета. Именно он определяет не только продолжительность реабилитационного периода, но последующее восстановление спортивных навыков и функций.

Если процесс реабилитации находится на начальном этапе, то травмированный спортсмен лишен привычного ежедневного общения с тренером. Он не принимает участия в тренировочном процессе. Как правило, для травмированного атлета создается специальная программа, по которой он занимается индивидуально. Данная ситуация является очень сложной и фрустрирующей для эго-ориентированных спортсменов, поскольку у них отсутствует возможность поддержания своей самооценки и самоэффективности за счет других атлетов. Все это может привести к негативным эмоциям, депрессиям.

На этапе, когда спортсмен уже может тренироваться с общей группой, возможны ситуации чрезмерного «рвения» атлета. Спортсмены достаточно болезненно реагируют на потерю формы, навыков, уровня мастерства по сравнению с другими игроками. В данной ситуации атлету важно самостоятельно ставить перед собой цели, к достижению которых он бы стремился.

В программе, основу которой составляет принцип целеполагания, предлагаются следующие составляющие реабилитации спортсменов:

1. Использование навыков «самоорганизации и самоуправления»; установление программы, плана реабилитации.
2. Создание условий для самооценки и регистрации записей, что является необходимым для учета спортсменом собственного прогресса, сопоставления результатов в восстановительный период. Л. Иевлева и Т. Орлик (L. Ievleva, T. Orlick), Д. Гоулд (D. Gould) и другие авторы подчеркивают важность фиксирования целей именно на бумаге. С. Дениш (S. Danish) с коллегами отмечают значение количественного аспекта записываемого материала и выделяют ценность позитивного изложения текста. В частности, использование таких терминов как

«хотеть», вместо «должен», «следует» подчеркивает личностный вклад спортсмена в достижение целей. Д. Джилборн (D. Gilbourne) с соавторами пишут, что спортсмены в меньшей степени придерживаются программы целеполагания, когда они продолжительное время находятся вне контактов с врачами, не подвергаются медицинской экспертизе. Спортивному психологу следует учитывать данный факт и содействовать установлению и поддержанию контакта между атлетом и медицинскими сотрудниками команды.

3. Вовлечение атлетов в процесс принятия решений во время восстановительного периода. В. Бегс (W. Beggs) отмечает, что процесс целеполагания должен быть демократичным, поддерживающим спортсмена. М. Тубс, А. Менто, Р. Стил и Р. Каррен (M. Tubbs, A. Mento, R. Steel, R. Karren) считают, что цели, обсуждаемые коллегиально, являются предпочтительнее целей, которые устанавливаются в директивном порядке. Программа постановки целей задается, как правило, физиотерапевтом или тренером. В таких программах важную роль играют такие факторы, как текущая стадия восстановления спортсмена, его предыдущий опыт и уровень знаний. Если на начальных этапах восстановления процесс реабилитации осуществляется в основном под руководством врача, физиотерапевта или тренера, то уже на финальных стадиях ведущее место отводится тренерскому штабу, персоналу команды.
4. К. Эймс (C. Ames) предлагает использовать критерии индивидуального прогресса спортсмена в качестве средства оценки восстановительного периода. Это дает возможность акцентировать внимание атлета на его достижениях в сфере овладения профессиональным мастерством.

Если рассматривать временной аспект периода реабилитации травмированного атлета, то следует отметить, что он является сложным, динамичным. Происходит восстановление анатомической целостности организма в результате систематического биологического восстановительного процесса. В случае повреждения мягких тканей (мышц, связок) и костных тканей восстановление включает в себя три стадии: воспалительную фазу, регенерирующую фазу и фазу созревания. Во время этих стадий выделяются специфические химические

вещества и гормоны, которые и обеспечивают процесс восстановления.

Важно анализировать основные психологические проблемы, которые переживают травмированные спортсмены на различных стадиях реабилитации. Необходимо рассказать спортсмену о возможных последствиях его негативного эмоционального состояния или поведения, определить совместно с ним причины этого настроения. Все это будет способствовать снятию напряжения, избавлению от навязчивых мыслей, которые препятствуют расслаблению спортсмена и сосредоточению его на курсе лечения.

Л. Иевлива и Т. Орлик (L. Ievleva, T. Orlick) провели исследование, целью которого было установление взаимосвязи между различными психологическими факторами и временем восстановления после травмы. В исследовании приняло участие 32 пациента с травмами колена и лодыжки. Испытуемые заполняли опросник, диагностирующий у них положительное отношение к жизни (позитивное мировосприятие), перспективы на будущее, уровень стресса и стрессоустойчивости, уровень социальной поддержки, целеполагания и применение позитивного внутреннего диалога. В результате было обнаружено, что субъекты, которые выздоравливали быстрее остальных, имели более высокие баллы по всем вышеперечисленным переменным, чем испытуемые, поправляющиеся медленнее. При этом основными переменными, связанными со скоростью выздоровления, оказались целеполагание и позитивный внутренний диалог. Внутренний диалог для людей, которые выздоравливали быстрее, характеризовался такими предложениями как: «Я смогу сделать все, что угодно», «Я не болею», «Мне не больно». Такие атлеты ставили цели, относящиеся к текущему моменту их жизни - периоду восстановления, а не к долгосрочной перспективе, например, возвращению в спорт. Пациенты, поправляющиеся медленнее, часто использовали такие выражения как: «Почему я?» или «Что за глупые вещи приходится делать!». Исследователи сделали вывод, что психологические факторы могут играть важную роль в процессе восстановления, поскольку такие методы, как целеполагание, внутренний диалог, применение умственного образа могут контролироваться самими травмированными спортсменами.

Т. Петрие (Г. Petrie) проводил исследование с гимнастками, учащимися колледжа и обнаружил, что высокий уровень

жизненного стресса связан с увеличением травматизма. Поскольку любая травма вызывает у спортсмена стресс, атлет живет с чувством тревоги по поводу новой возможной травмы, что не может не отразиться на его профессиональной спортивной деятельности. Попытки постоянного избегания травмоопасных ситуаций в спорте зачастую приводят к повреждениям, так как повышенный уровень стресса у атлета мешает ему полностью сосредоточиться на своей деятельности, тем самым, увеличивая риск получения травмы.

Б. Брюер (B. Brewer) рассматривает в своей работе факторы, влияющие на соблюдение спортсменами правил во время периода реабилитации. Автор выделяет два вида факторов: личностные и ситуационные. К личностным факторам относится самомотивация - стиль поведения человека, независимый от ситуативных воздействий. К ситуационным факторам относятся многочисленные переменные, которые влияют на процесс реабилитации. Среди них: восприятие спортсменом окружения, обстановки, в которой осуществляется его лечение; собственно состояние спортсменов, обусловленное реабилитационной ситуацией; уверенность в эффективности проводимого лечения; комфортность медицинских условий; принятие и одобрение атлетами предлагаемого реабилитационного графика; восприятие реабилитационной нагрузки во время процесса лечения; социальная поддержка; значимость реабилитации для атлета, его ожидания с этим связанные.

Заключение

Помощь в преодолении спортивных травм является одной из основополагающих задач спортивного психолога. Несомненно, ее эффективное решение возможно только во взаимодействии со специалистами - травматологами, физиологами, тренерами, сотрудниками команды.

При разработке индивидуальной программы по реабилитации спортсмена психологу важно учитывать множество факторов, среди которых ключевыми являются специфика получения спортивной травмы атлетом, психологические особенности ее переживания, экспрессия болевых ощущений и др.

В психологической работе со спортсменами психологу важно ориентироваться на принципы гуманитарного подхода высокомотивированного субъекта.

Высокий уровень мотивации профессиональных атлетов, желание как можно скорее вернуться к спортивной деятельности способствуют преодолению длительного и сложного процесса реабилитации. Основной вопрос заключается в интерпретации эмоций спортсменов во время этого процесса. Когда негативная эмоция, такая как гнев, часто определяемая спортсменами как «готовность к борьбе», должным образом контролируется и направляется, она может быть преобразована в «бойцовский дух», что будет способствовать скорейшему восстановлению спортсмена.

Спорт высших достижений, детско-юношеский, любительский спорт всегда сопряжены с получением травм, но минимизировать риск их возникновения, ускорить реабилитационный процесс, сделать спорт привлекательным для широкого круга людей - это основные задачи спортивной психологии в настоящее время.

Литература:

1. **Веракса А.Н., Леонов С.В., Горовая А.Е.** Психологическ ие особенности художественных гимнасток // Вестник московского университета. Серия 14. «Психология». - 2011. - №4. - С.134-147.
2. **Леонов С.В.** Психологические критерии оценивания временных интервалов в профессиональной деятельности : диссертация ... канд. психол. наук ; [Моск. гос. ун-т им. М.В.Ломоносова]. - Москва, 2008.
3. **Стрелков Ю.К.** Инженерная и профессиональная психология : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М., 2001.
4. **Ames C.** Achievement goals, motivational climate, and motivational processes. // G. C. Roberts (Ed.) Motivation in sport and exercise. Champaign, IL: Human Kinetics. - 1992. - P. 161-176
5. **Beggs W. D.** Goal setting in sport // J. G. Jones & L. Hardy (Eds.). Stress and performance in sport. - Chichester: Wiley. - 1990.
6. **Blackwell B., P. McCullagh.** The relationship of athletic injury to life stress, competitive anxiety and coping resources // Athletic Training. - 1990. - V. 25. - P. 23-27.

7. **Brewer B.W., Avondoglio J.B., Cornelius A.E., Van Raalte J.L., Brickner J.C., Petipas A.J., Kolt G.S., Pizzari T., Schoo A.M., Emery K., Hatten S.J.** Construct validity and Interrater agreement of the Sport Injury Rehabilitation Adherence Scale // Journal of Sport Rehabilitation. - 2002. - V.11. - P. 170-178.
8. **Brewer B. W., Van Raalte J. L., Petitpas A. J., 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. - 1995. - V. 6. - P. 139-145.
9. **Brewer B.W.** Adherence to sport injury rehabilitation programs //Journal of applied sport psychology. - 1998. - V.10. - P. 70-82.
10. **Buxton B. P., Perrin D. H., Hetzler R. K. ,Ho K. W., Gieck, J. H.** Pain and ethnicity in athletes // Journal of Sport Rehabilitation. - 1993. - V. 2. - P 13-19.
11. **Coakley. J.J.** Socialization through sports. // O. Bar-Or (Ed.). The child and adolescent athlete. - Oxford, England: Blackwell Science. - 1996. - P. 353-363.
12. **Danish S. J., Petitpas A. I., Hale B. D.** A developmental-educational intervention model of sport psychology // The Sport Psychologist. -1992. - V. 6. - P 403-415.
13. **Flint F.A.** Integrating sport psychology and sports medicine in research: The dilemmas // Journal of applied sport psychology. - 1998. - V.10. - P 83-102.
14. **Flint F.A., Weiss. M.R.** Returning injured athletes to competition: A role and ethical dilemma // Canadian Journal of Sport Sciences. - 1992. - V.17. - P. 34-40.
15. **Gilbourne D., Taylor A. H., Downie G., Newton,** Goal-setting during sports injury rehabilitation: a presentation of underlying theory, administration procedure and an athlete case study // Sports Exercise and Injury. - 1996. - V. 2. - P 192-201.
16. **Gould D.** Goal setting for peak performance. // Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. - 1983.
17. **Gould D., Udry E., Bridges D., Beck L.** Down but not out: Athlete responses to season-ending injuries // Journal of Sport and Exercise Psychology. - 1997. - V 19. - P 224-248.

18. **Hardy L.** Psychological stress, performance, and injury in sport // British Medical Bulletin. - 1992. - V 48. - P. 615-629.
19. **Ievleva L., Orlick T.** Mental paths to enhanced recovery from a sports injury // D. Pargman (Ed.). Psychological bases of sport injuries. - Morgantown. WV: Fitness Information Technology. - 1993.
20. **Kibler W. B., Chandler T J. Stracener E.S.** Musculoskeletal adaptations and injuries due to overtraining // Exercise and Sport Science Reviews. - 1992. - V 20. - P. 99-126.
21. **Lindenfeld T. N., Noyes E R., & Marshall M. T.** Components of injury reporting systems // American Journal of Sports Medicine. - 1998. - V 16.
22. **May J. R., Sieb G. E.** Athletic injuries: Psychosocial factors in the onset, sequelae, rehabilitation and prevention // Sport psychology: The psychological health of the athlete. - 1987. - P 157-185.
23. **Melzack R., Wall P.** The challenge of pain. // London: Penguin. - 1988.
24. **Mento A. J., Steel R., Karren R. J.** A meta-analytic study of the effects of goal setting on task performance // Organizarional Behavior & Human Decision Processes. - 1987. - V.39. - P. 52-83.
25. **Meyers M. C., Bourgeois A. E., Stewart S., LeUnes. A.** Pre dicting pain response in athletes: Development and assessment of the Sports Inventory of Pain // Journal of Sport & Exercise Psychology. - 1992. - V.14. - P 249-261.
26. **Nixon H. L.** Accepting the risks of pain and injury in sport: Mediated cultural influences on playing hurt // Sociology of Sport Journal. - 1993. - V.10. - P 183-196.
27. **Pargman D.** Psychological Bases of Sport Injuries. // Fitness Information Technology (FiT); 3rd edition. - 2007.
28. **Pen L. J., Fisher C. A.** Athletes and pain tolerance // Sports Medicine. - 1994. - V.18.
29. **Petrie T.A., Falkstein D.L.** Methodological, measurement, and statistical issues in research on sport injury prediction // Journal of applied sport psychology. - 1998. - V.10. - P 26-45.
30. **Quinn A.M., Fallon B.J.** The changes in psychological characteristics and reactions of elite athletes from injury

onset until full recovery // Journal of Applied Sport Psychology. - 1999. - V.11. - P 210-229.

31. **Shaffer S.M.** Grappling with injury: What motivates young athletes to wrestle with pain? Unpublished doctoral dissertation. // University of Minnesota. - Minneapolis. - 1996.
32. **Tubbs M. E.** Goal setting: A meta-analytic examination of the empirical evidence // Journal of Applied Psychology. - 1986. - V. 71. - P 474-483.
33. **Walter S. D., Sutton J. R. McIntosh J. M., Connelly C.** The aetiology of sport injuries // Sports Medicine. - 1985. - V.2. - P 47-58.
34. **Weiss M. R., Troxel R. K.** Psychology of the injured athlete // Athletic Training. - 1986. - V. 21. - P104-109.

Сноски

1. Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 12-06-00817а