

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ  
КАФЕДРА ІСТОРІЇ ТА ТЕОРІЇ ОЛІМПІЙСЬКОГО СПОРТУ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на здобуття освітнього ступеня магістра  
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт  
освітньою програмою «Олімпійський спорт і освіта»

на тему:

**«ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ТРАВМ У СПОРТСМЕНІВ ТА  
ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТИВНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ»**

здобувача вищої освіти

другого (магістерського) рівня

Корнійчука Юрія Івановича

Науковий керівник: Гринь О. Р.,

кандидат педагогічних наук, професор.

Рецензентка: Толкунова І. В., к. пед. н  
професор кафедри психології і педагогіки.

Рекомендовано до захисту на засіданні  
кафедри (протокол № 5 від 5 грудня 2024 р.)

Зав. кафедри історії та теорії олімпійського  
спорту Радченко Л. О., доктор наук з  
фізичного виховання і спорту,  
професор\_\_\_\_\_

**Київ – 2024**

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ТРАВМ У СПОРТСМЕНІВ ТА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТИВНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Загальна характеристика і статистика спортивних травм в спорті.....	7
1.2. Особливості спортивних травм та пошкоджень у спортсменів.....	10
1.3. Психологічні наслідки травм та посттравматичний стрес у спортсменів	12
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</b>	<b>18</b>
2.1. Методи дослідження.....	18
2.2. Організація дослідження.....	19
<b>РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРАВМ ТА ПОШКОДЖЕНЬ .....</b>	<b>21</b>
3.1. Оцінка ознак посттравматичного стресу (птрс) у спортсменів після травм та пошкоджень.....	21
3.2. Залежність прояву психологічних якостей у спортсменів від дії посттравматичного стресу після пошкоджень і травм .....	24
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>32</b>
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ .....</b>	<b>36</b>
<b>СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>62</b>

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** На сьогодні, не дивлячись на велику кількість робіт з питань аналізу психології діяльності в професійному спорті, залишається ряд проблем, що вимагають детальнішого дослідження. Так, наприклад лише в окремих випадках розглядаються аспекти взаємозв'язків між пошкодженнями і травмами спортсменів з психологічними їх наслідками для надання допомоги з відновлення працездатності спортсменів та застосуванням методів і стратегій психологічної реабілітації [2,5,7,12,13,23,25,28,37,45,54]. Як відмічає В.М. Платонов (1997), члени збірних команд України, спортсмени, що представляють різні види спорту - футбол, баскетбол, вільна боротьба та ін. через травми і професійні захворювання вимушені пропускати багато тренувальних занять і не приймати участь у змагальній діяльності [28,с.545]. Ці дані говорять про поширеність травматизму в спорті в цілому і спорті найвищих досягнень та необхідності в системному підході не лише до фізичної реабілітації, але і до психологічних аспектів повернення спортсмена до оптимальної спортивної форми.

До теперішнього часу немає загальноприйнятої концепції, що дозволяє пояснити причини, що викликають стійкі порушення психічного і соматичного здоров'я більшості спортсменів, що піддалися дії чинників різних екстремальних ситуацій, але безперечним залишається те, що психологічні особливості спортсменів грають значну роль у формуванні різноманітних психічних і соматичних порушень. Наприклад, спортивні єдиноборства, зокрема бокс в силу своєї специфіки і у зв'язку з постійним зростанням його громадської значущості, характеризується як діяльність, здійснювана переважно в умовах яскраво вираженого стресу, постійне переживання якого може призводити до виникнення негативних станів. Найбільш важкі з яких здійснюють сильний негативний вплив на загальний психоемоційний стан

спортсмена, істотно погіршуючи результати його професійної діяльності, і в рази підвищуючи вірогідність травматизму.

Психологічна допомога для подолання важких форм стресових станів може здійснюватися лише на підставі чітких уявлень про особливості їх виникнення і розвитку. Так само очевидною видається необхідність детального вивчення специфічних характеристик переживання психіки спортсмена в ситуації спортивної травми[11,с.157]..

Різні види спорту характеризуються величезною кількістю різноманітних, в тому числі агресивних дій, контактів та взаємодій з партнерами і суперником, високим і тривалим фізичним навантаженням і максимальними вольовими зусиллями, тому очевидно, що в процесі діяльності спортсмени можуть бути травмовані.

Як правило розрізняють дві групи причин травматизму: зовнішні і внутрішні. До зовнішніх відносяться причини пов'язані з поганою якістю інвентаря, незадовільним станом умов проведення змагань, недоліками в організації, проведенні зайняття і методиці викладання, а так само грубою і агресивною грою суперника. До внутрішніх причин відносяться: недостатня фізична і технічна підготовка, незадовільний стан здоров'я, а так само порушення в стані тренуваності, спортивного режиму, перевтома, перетренована, перенапруження. Якщо мікротравми і незначні ушкодження опорно-рухового апарату(коли вони не мають хронічного характеру) не завдають істотного збитку соматичному та психічному здоров'ю спортсмена, то травми, лікування яких вимагає тривалого усунення від діяльності, спричиняють за собою шлейф психологічних проблем і комплексів, повноцінне подолання яких можливе лише при наданні професійної психологічної підтримки [41].

Поняття психічної травми досі не сформульоване досить чітко і є різні підходи до його визначення [65], тому іноді її розглядають по аналогії з

травмою фізичною. В результаті психологічної травми ушкоджується базова структура особи і афективні і когнітивні системи на усіх рівнях, починаючи з фізіологічних і закінчуючи загальною картиною світу і образом свого "Я". Усе це робить актуальними, теоретично і практично важливими завдання розробки та доповнення цілісного уявлення про психологічні зміни у вигляді посттравматичного стресу, а також психологічної реабілітації та надання допомоги по відновленню спортсменам, що перенесли пошкодження і травму .

**Мета роботи** – розкрити психологічні наслідки травм та пошкоджень у спортсменів та шляхи відновлення спортивної працездатності.

**Об’єкт дослідження** – психологічний стан в результаті дії посттравматичного стресу у спортсменів

**Предмет дослідження:** особливості прояву психологічних змін у спортсменів після пошкоджень травм та пошкоджень.

**Завдання дослідження :**

1. Визначити психологічні наслідки та зміни після отримання травм у спортсменів на основі вивчення спеціальної науково-методичної літератури та джерел інтернет.
2. Оцінити вираженість та ознаки посттравматичного стресу (ПТРС) у спортсменів після травм та пошкоджень
3. Виявити вплив посттравматичного стресу на прояв психологічних якостей у спортсменів після пошкоджень і травм/
4. Розробити практичні рекомендації з психологічної реабілітації щодо необхідності психологічної допомоги спортсменам по відновленню спортивної працездатності після травми.

**Теоретична та практична значущість:** результати дослідження спрямовані на подальше науково-теоретичне обґрунтування та розробку

рекомендацій з вивчення та подолання психологічних наслідків отримання спортсменами травм опорно-рухового апарату.

Результати дослідження можуть бути використані в практичній діяльності тренерів, фахівців із спортивної медицини, психології спорту для надання психологічної допомоги спортсменам в процесі проведення заходів по реабілітації та відновленню спортивної працездатності.

## РОЗДІЛ 1. ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ ТРАВМ У СПОРТСМЕНІВ ТА ВІДНОВЛЕННЯ СПОРТИВНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ.

### 1.1. Загальна характеристика та статистика спортивних травм.

Спорт - це сфера діяльності людини, яка характеризується підвищеним травматизмом, різними професійними захворюваннями, передпатологічними і патологічними станами, що небезпечно для здоров'я спортсменів, заважає ефективності тренувальної і змагальної діяльності і може призводити до травматизму.

Спортивний травматизм, за різними джерелами, становить 2-5% від загального травматизму (побутового, вуличного, виробничого тощо) [28].. Деякі розбіжності в цифрах пов'язані з тим, що спортивний травматизм залежить як від специфіки і ступеня травматичності конкретного виду спорту, так і від зайнятості опитуваних людей заняттями спортом.

Спортивна травма - ця збиральна назва усіх видів ушкоджень в процесі зайняття спортивною діяльністю. Автори численних досліджень визначають поняття "спортивна травма" по-різному [23,24,28,37].

Члени збірних команд України як відмічається в деяких роботах (Платонов В.М.,2004,2006), спортсмени, що представляють різні види спорту (футбол, баскетбол, вільна боротьба та ін.) через травми і професійні захворювання вимушені пропускати 7-45% тренувальних занять і 5-35% змагальної діяльності [26]. Ці дані говорять про поширеність травматизму в спорті найвищих досягнень і необхідності в системному підході не лише до фізичної реабілітації, але і до урахування психологічних аспектів повернення спортсмена до оптимальної спортивної форми.

Травматизм у різних видах спорту неоднаковий [24]. Природно, що чим більше людей займаються тим чи іншим видом спорту, тим відносно більше в ньому травм. Щоб нівелювати відмінності в кількості тих, хто займається, можна розраховувати кількість травм на 1000 тих, хто займається, - так званий інтенсивний показник травматичності. (Табл. 1.1).

Існує і інший спосіб виявити ступінь ризику отримання травми в різних видах спорту - це розрахувати кількість отриманих травм на 1000 небезпечних ситуацій, у яких був ризик отримати травму [56].

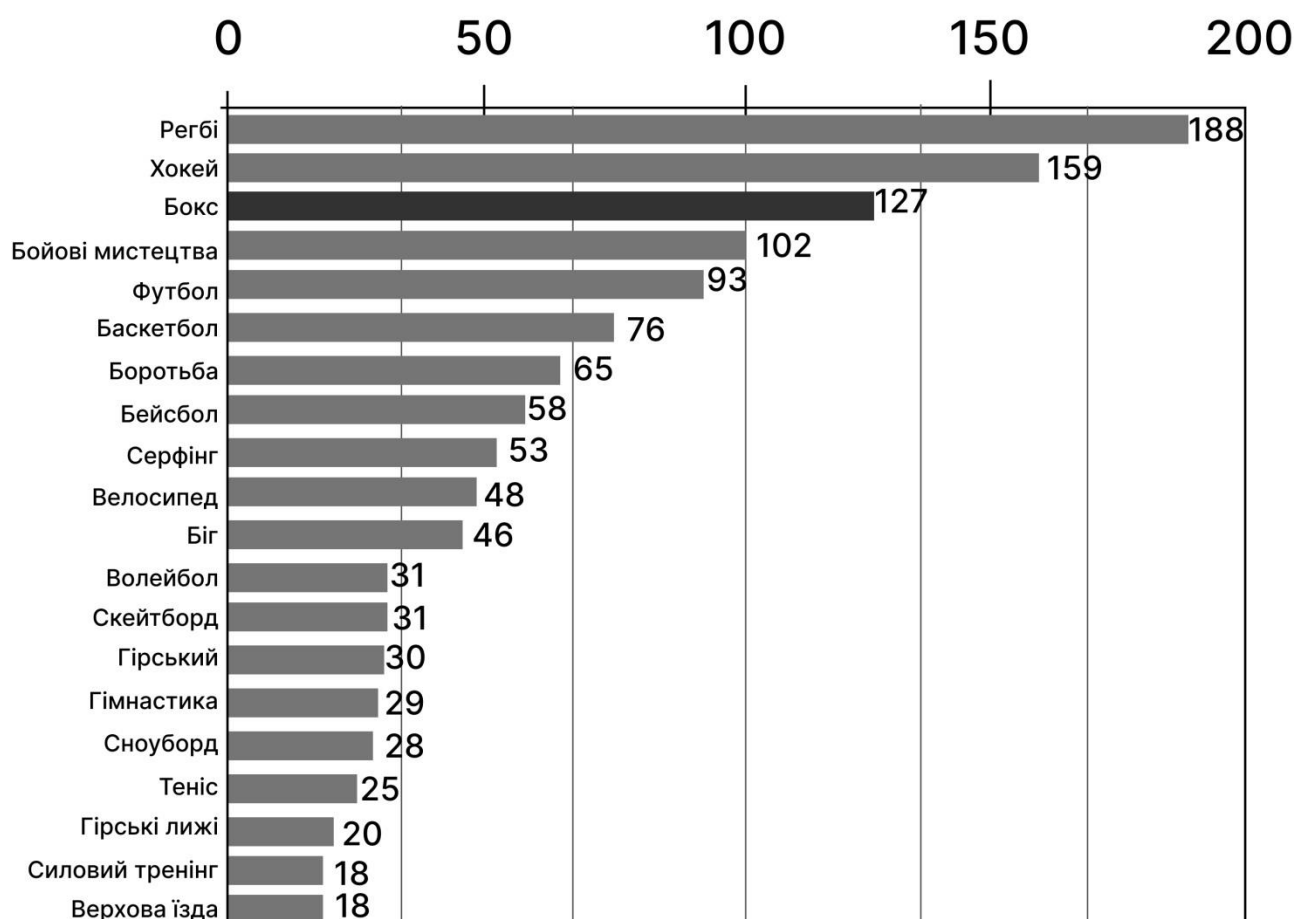


Табл. 1.1 Кількість травм на кожні 1000 спортсменів у різних видах спорту (American Sports Data Press Release) [56].

Надані дані - підсумкові результати американського дослідження 2005 року за якими було опрацьовано дані обстеження 20,1 мільйона спортсменів. Це найбільше дослідження, результати якого мають велику статистичну достовірність та дають підстави розглядати їх на сучасному етапі, враховуючи появу значної кількості екстремальних видів спорту.

В той же час, частота травм під час тренувань, змагань і на навчально-тренувальних зборах неоднакова. Під час змагань показник різних пошкоджень і травм дорівнює, відповідно, 8,3; на тренуваннях - 2,1; а на навчально-тренувальних зборах - 2,0. Природно, що серед різних видів спорту цей показник сильно різниться. Так, за даними (МироноваЗ.С.,ХейфецЛ.З.,1965) надається статистика кількості травм на кожні 1000 спортсменів у різних видах спорту (Табл.1.2).

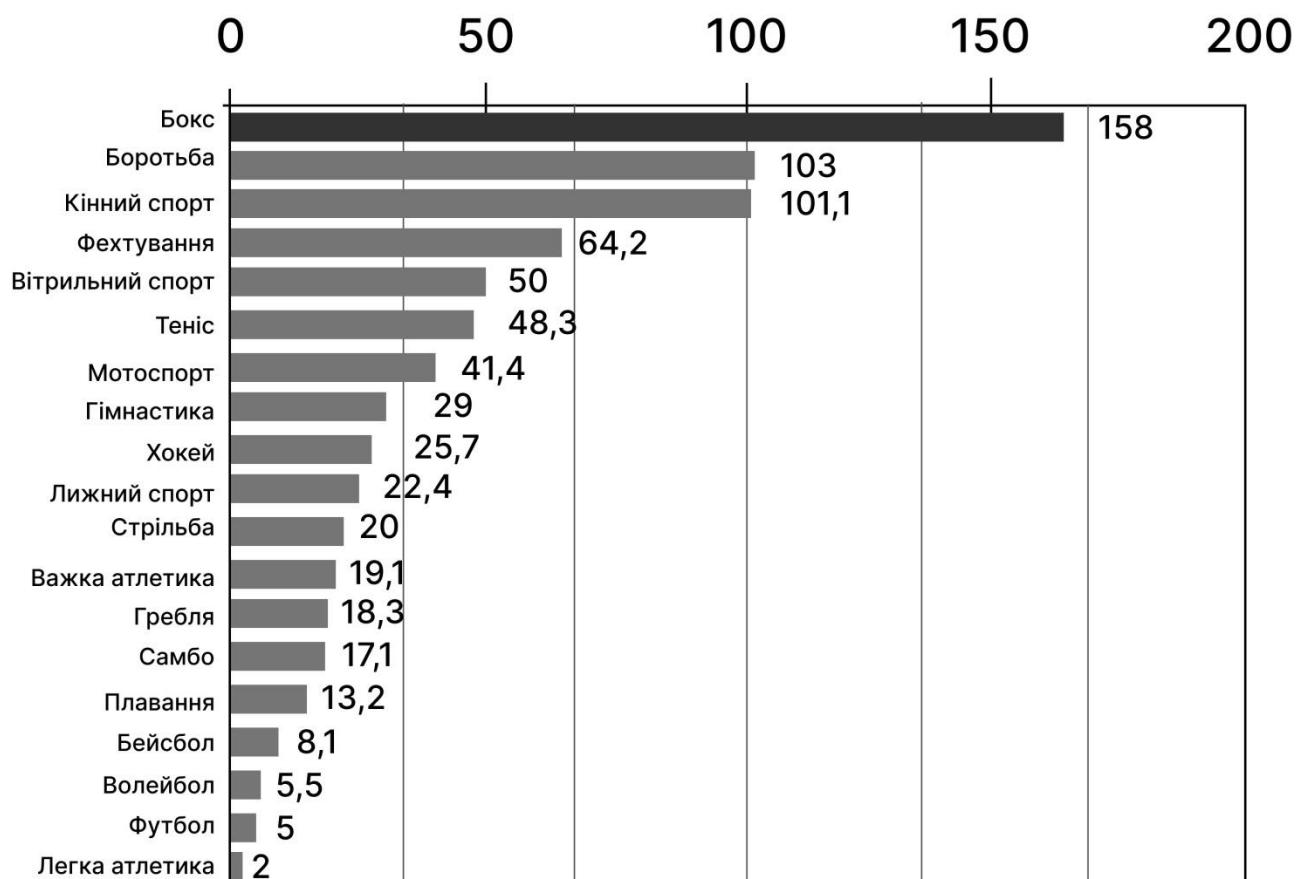


Табл. 1.2. Кількість травм на кожні 1000 спортсменів у різних видах спорту

(З. С. Миронова і Л. З. Хейфец, 1965)

На заняттях, на яких з якихось причин відсутній тренер або викладач, спортивні травми трапляються в 4 рази частіше, ніж за присутності викладача або тренера, що підтверджує їхню активну роль у профілактиці спортивного травматизму.

Травми бувають різні, і синець, і перелом вважаються травмою, тому в різних джерелах наводяться не завжди точні і коректні статистичні дані. Так, легкі травми можуть становити 91,1%, середні - 7,8% і важкі - 1,1% усіх ушкоджень. Цікаві дані наводять [24,37], що відображають розподіл травм за ступенем тяжкості для деяких видів спорту: тут травми переважно середньої тяжкості, і тільки в боротьбі та боксі переважають травми важкого ступеня.

## 1.2. Особливості спортивних травм та пошкоджень у спортсменів.

Спортивна діяльність вимагає від атлетів високої міри фізичної підготовленості, сили, витривалості, швидкості реакції та пов'язана з тривалим фізичним навантаженням на увесь організм спортсмена, серцево - судинну і нервову систему, опорно-руховий апарат. За даними, наданими деякими фахівцями по кількості травм, отриманих спортсменами різних видів спорту, перше місце займає футбол - 8,7 травм за 1000 годин зайняття [23,31]. Найбільше ж навантаження доводиться на нижні кінцівки, і з наростанням стомлення часто спостерігається порушення координації руху. В контактних видах спорту в процесі боротьби при жорстких фізичних контактах відбуваються зіткнення суперників в результаті яких нерідко наносяться забиття різних частин тіла.

Забиття м'яких тканин супроводжуються крововиявленням і припухлістю, більш менш вираженими больовими відчуттями, порушенням рухових робочих функцій.

При забиттях в області суглобів клінічна картина завжди виражена різкіше. До найбільш частих травм, що зустрічаються під час тренувань та змагань, можна віднести забиття в області суглобів, стопи, розтягування, надриви і розриви сумочно-зв'язкового апарату в області суглобів та ін. Це виражається великою припухлістю, болями і порушенням функції суглобів і частин тіла спортсменів.

Перелом кістки характеризується порушенням її цілості під впливом гострої механічної травми. При переломі, як правило, ушкоджуються навколишні м'язи, фасції, нервові закінчення і судини. Переломи - це важкі ушкодження, що надовго виводять спортсмена з ладу. В практиці зустрічаються переломи кісток стопи або гомілки, рідше - кістки рук і ключиці через невелике падіння [23]. Частота розривів менісків у спортсменів пояснюється великими фізичними навантаженнями і хронічною мікротравматизацією внутрішніх структур колінного суглоба (у тому числі менісків). Ушкодження менісків рідко бувають наслідком одноразових травм.

Ушкодження хрестоподібних зв'язок колінного суглоба - це важка травма, що значно порушує функції кінцівки. Лікування менісків і хрестоподібних зв'язок, як правило, вимагає хірургічного втручання з тривалим періодом реабілітації (близько 1 місяця для менісків і до 6 місяців для хрестоподібних зв'язок). Ушкодження м'язів - розриви і розтягування м'язів, дрібні надриви м'язових волокон, будь-які інші ушкодження цілісності м'язів супроводжуються різкою хворобливістю і порушенням функції, що відразу виявляється в тому або іншому ступені дискомфорту.

Ушкодження сухожилля частіше зустрічається у осіб більш старшого віку зі значним спортивним стажем. Це наслідок зменшення міцності сухожильної тканини, розвиток дегенеративних змін, що настають з роками. Через постійні перевантаження і хронічну травматизацію, сухожилля при різкій нарузі можуть не витримати і відірватися від місця прикріплення до кістки або в місці переходу в м'язову тканину; іноді розрив відбувається упродовж самого

сухожилля, міцність якого понижена. Найчастіше у спортсменів зустрічаються розриви сухожиль чотириглавого м'яза стегна.

Розриви ахілова сухожилля виникають у момент зіткнення, при стрибку або в результаті прямої травми. Це важка травма опорно-рухового апарату спортсмена, оскільки веде на тривалий час до втрати працездатності спортсмена. При цьому це супроводжується в тому чи іншому ступені психологічного дискомфорту.

Таким чином можна констатувати, що різноманітні травми та пошкодження у свідомості спортсмена - це стрес, який супроводжується больовими відчуттями, тимчасовою руховою дисфункцією, соціально-економічними і психологічними наслідками [5,7,13,16,41]. Від сили стресу залежить і швидкість відновлення спортивної працездатності і можливість повернутися на той же рівень активності, що і до травми.

### 1.3. Психологічні наслідки травм та посттравматичний стрес у спортсменів.

Психологічні зміни у спортсменів, які перенесли пошкодження, травму, а відповідно стрес, можуть спостерігатися у вигляді окремих розрізнених симптомів, у вигляді більш-менш взаємопов'язаних проявів, а також у вигляді синдрому посттравматичного стресового розладу.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - відтермінована в часі психопатологічна комплексна реакція на психотравматичну подію, що оформилася в цілісний синдром [5,16,20].

Щодо необхідності виокремлення цілісного синдрому, його симптомокомплексів і симптомів упродовж тривалого часу точаться наукові суперечки між представниками різних спеціальностей (медики, психологи, соціальні працівники та ін.) і між різними науковими школами в самій психології. Однак останнім часом ПТСР описано як синдром і окрему

психодіагностичну категорію в низці авторитетних класифікаторів хвороб, що дає підстави для розгляду його як цілісного, комплексного утворення.

Уперше офіційно питання про необхідність виокремлення цілісного синдрому, що має назву «посттравматичний стресовий розлад», було порушене у США 1980 році. Незважаючи на те, що ПТСР формально є психічним захворюванням, його вивчення, діагностика і психотерапія належать до компетенції клінічного психолога.

Ухвалення рішень про офіційну фіксацію цього синдрому в міжнародних і національних класифікаторах захворювань зумовлено широким поширенням ПТСР. У різних джерелах наводяться дані, що впродовж життя на ПТСР страждають близько 1% населення, а до 15% людей після важких травм можуть відчувати окремі симптоми цього захворювання [20,44].

Найважливішими клінічними симптомами ПТСР є:

1. Травматична подія наполегливо повторюється в переживанні одним (або більше) з таких способів:
2. Повторюване та нав'язливе відтворення події, відповідних образів, думок і сприйняття, що викликає важкі емоційні переживання.
3. Повторювані важкі сни про подію.
4. Важкі дії або відчуття, ніби травматична подія переживається знову (включає відчуття «пожвавлення» досвіду, ілюзії, галюцинації та дисоціативні епізоди, «флешбек-ефекти», включно з тими, що з'являються в стані інтоксикації або в просоночному стані).
5. Інтенсивні важкі переживання, які були викликані зовнішньою або внутрішньою ситуацією, що нагадує про травматичні події або символізує їх.
6. Фізіологічна реактивність у ситуаціях, які зовні або внутрішньо символізують аспекти травматичної події.

II. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, і numbing - блокування емоційних реакцій, заціпеніння (не спостерігалось до травми). Визначається за наявністю трьох (або більше) з перерахованих нижче особливостей.

1. Зусилля з уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.
2. Зусилля з уникнення дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму.
3. Нездатність згадати про важливі аспекти травми (психогенна амнезія).
4. Помітно знижений інтерес або неучасть у раніше значущих видах діяльності.
5. Почуття відстороненості або відокремленості від інших людей.
6. Знижена вираженість афекту.

III. Постійні симптоми зростаючого збудження (які не спостерігалися до травми). Визначаються за наявністю принаймні двох із нижче перелічених симптомів.

1. Труднощі із засинанням або поганий сон (ранні пробудження).
2. Дратівливість або спалахи гніву.
3. Труднощі із зосередженням уваги.
4. Підвищений рівень стривоженості, гіперпильність, стан постійного очікування загрози.
5. Гіпертрофована реакція переляку.

Обов'язковою умовою для діагностики ПТСР є встановлення тривалості протікання розладу. ПТСР діагностується лише в тому разі, коли тривалість прояву описаних вище симптомів становить не менше 1 місяця.

Не менш важливою умовою для винесення діагнозу є та обставина, що розлад спричиняє клінічно значущий важкий емоційний стан або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності [11].

Сьогодні є різні підходи до виділення типів ПТСР. Так, Пушкарьов О.Л., Доморацький В.А., Гордєєва О.Г. дають таку класифікацію ПТСР [60]:

гострий - симптоми зберігаються менш як 3 місяці;

хронічний - симптоми зберігаються 3 і більше місяців;

відтермінований - симптоми виникають, щонайменше, через 6 місяців після психотравматизації.

В окремих випадках ПТСР протікають протягом багатьох років і переходять у хронічну зміну особистості. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Є.В., Маліков Ю.К., Саламатов В.Є. виокремлюють види ПТСР [61]:

гострі симптоми виникають у межах 6 місяців після травми та зберігаються не більш ніж 6 місяців;

хронічні симптоми проявляються після 6 місяців та продовжуються більш ніж 6 місяців;

відтерміновані виявляються після прихованого періоду (місяці, роки) та продовжуються більш ніж 6 місяців.

Отже, психологічні наслідки пошкоджень і травм від участі в змаганнях різноманітні за змістом, формою і динамікою прояву. Закріплюючись у особистісних структурах і поведінці спортсменів, такі психологічні наслідки визначають їхню поведінку на значний період часу після закінчення участі в змаганнях. Негативні наслідки психотравми, інтегруючись у цілісний симптом, утворюють клінічну картину посттравматичного стресового розладу [11,62].

Початковим моментом надання психологічної допомоги спортсменам є діагностика виду та рівня психологічних наслідків пошкоджень та травм. На

цей час зроблено велику кількість діагностичних методик, за допомогою яких можна виявляти й оцінювати різні прояви і ознаки ПТСР, що в подальшому дає можливість окреслити шляхи та обрати стратегії надання психологічної допомоги для відновлення спортивної працездатності

### Висновки до розділу 1.

1. Теоретичний аналіз різних джерел дозволяє говорити про поширеність травматизму в спорті в цілому і спорті найвищих досягнень та необхідності в системному підході до оцінки ступеня тяжкості, можливих наслідків і застосування не лише до суто медичних методів реабілітації, але й психологічних аспектів повернення спортсмена до оптимальної спортивної форми.
2. До теперішнього часу немає загальноприйнятої концепції, що дозволяє пояснити причини, що викликають стійкі порушення психічного і соматичного здоров'я більшості спортсменів, що піддалися дії чинників різних екстремальних ситуацій, але безперечним залишається те, що психологічні особливості спортсменів грають значну роль у формуванні можливих психічних наслідків та порушень.
3. Найбільш важкі травми здійснюють сильний негативний вплив на загальний психоемоційний стан спортсмена, істотно погіршуючи результати його професійної діяльності, і в подальшому підвищуючи вірогідність травматизму.
4. Психологічна допомога для подолання важких форм стресових станів може здійснюватися лише на підставі чітких уявлень про особливості їх виникнення і розвитку. Очевидною видається необхідність детального вивчення специфічних характеристик переживання психіки спортсмена в ситуації спортивної травми.
5. Можна констатувати, що різноманітні травми та пошкодження у свідомості спортсмена - це стрес, який супроводжується больовими відчуттями, тимчасовою руховою дисфункцією, соціально-економічними

і психологічними наслідками. Від сили стресу залежить і швидкість відновлення спортивної працездатності і можливість повернутися на той же рівень активності, що і до травми.

6. Психологічні наслідки пошкоджень і травм різноманітні за змістом, формою і динамікою прояву. Закріплюючись в структурі особистості спортсменів, такі психологічні наслідки визначають поведінку та діяльність на значний період часу, потребують дослідження та розробку заходів з відновлення працездатності спортсменів.

## РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

### 2.1. Методи дослідження

Для вирішення поставлених в дослідженні завдань використовувалися наступні методи:

1. Аналіз науково-методичної і спеціальної літератури.
2. Метод експертної оцінки.
3. Метод опитування.
4. Психологічне тестування.
5. Методи статистичної обробки результатів дослідження.

Аналіз науково-методичної і спеціальної літератури використовувався для вивчення стану проблеми психологічних змін у спортсменів, що отримали травму опорно-рухового апарату і необхідності заходів по психологічній реабілітації. В ході роботи були з'ясовані вказані питання в наукових публікаціях, матеріалах періодичних спеціальних видань, що містять інформацію з проблеми виникнення посттравматичного стресу у спортсменів тих, що перенесли травму опорно-рухового апарату.

Метод експертної оцінки дозволив отримати інформацію від тренерів, фахівців в області спортивної медицини, а так само спортсменів, які могли описати характерні психологічні зміни і ознаки наявності посттравматичного стресу, що виникає в результаті травми опорно-рухового апарату.

Метод опитування і психологічне тестування дозволило з'ясувати особливості прояву посттравматичного стресу і типові зміни у психологічних якостях спортсменів, характерних для цього стану.

В ході тестування [10,14,19,21,32] використовувалися наступні методи психодіагностики:

- Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТС) [63];
- Методика дослідження самооцінки особистості С.А. Будасси;
- Тест САН (методика оцінки самопочуття, активності та настрою спортсменів);
- Анкета особистісної і ситуаційної (реактивної) тривожності Спилбергера-Ханина;
- 16-ти факторний тест особистості Кеттелла (анкета на 105 запитань);
- Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса і А. Дарки;
- Методика діагностики мотивації уникнення невдач і досягнення успіху Т. Элерса;
- Коректурна проба;

Методи статистичної обробки даних (метод середніх величин, кореляційний аналіз, t-критерій Стьюдента) дозволили дати характеристику сукупності фактичного матеріалу за конкретними ознаками, що відбивають особливості протікання описуваних психічних станів у спортсменів.

## 2.2. Організація дослідження

Організація досліджень по темі кваліфікаційної роботи включала два етапи.

На першому етапі (жовтень 2023 - березень 2024 року) був проведений теоретичний аналіз літературних джерел та джерел інтернет з метою визначення актуальності, стану розробки проблеми, предмету, цілі, завдань і напрямків досліджень.

На другому етапі (квітень – листопад 2024 року) проводились експериментальні дослідження, був проаналізований і узагальнений фактичний матеріал, отриманий на основі результатів експериментальних досліджень по оцінці спостережень, експертних оцінок, опитування і психологічного тестування, що дозволило виявити і описати характерні ознаки посттравматичного стресу у спортсменів. На основі проведеного дослідження були сформульовані заключення та висновки, визначені шляхи надання психологічної допомоги спортсменам, що перенесли таку психотравмуючу подію, як травма та пошкодження, а також розроблені практичні рекомендації.

В якості випробовуваних в дослідженні взяли участь 15 спортсменів I, II розряду та КМС, віком від 14 до 20 років, що мають стаж занять спортом, відповідно – 6 осіб - 3 роки, 9 осіб - 5 років.

Дослідження проводились на базі НУФВСУ та в період науково-дослідної практики в ДЮСШ №10 м. Києва.

### РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЗМІН У СПОРТСМЕНІВ ПІСЛЯ ТРАВМ ТА ПОШКОДЖЕНЬ.

#### 3.1. Оцінка ознак посттравматичного стресу (ПТРС) у спортсменів після травм та пошкоджень.

З метою вивчення психологічних змін у спортсменів після травми опорно-рухового апарату була створена вибірка з 15 випробовуваних спортсменів. У кожного з них був досвід ушкоджень та травмування опорно-рухового апарату.

В ході дослідження під час опитування учасникам було запропоновано виділити травми опорно-рухового апарату, які, на думку спортсмена, є найсерйознішою в його кар'єрі, або турбує його досі, або спогади про яку носять найнегативніший характер, вказати ступінь тяжкості травми і дату травматичної події. В результаті опитування з'ясувалося, що травми середнього ступеня тяжкості вказали 34% спортсмени (5 осіб), важкі травми 30%(4 особи), і 36% спортсменів (6 осіб) вказали хронічні ушкодження незначної або середньої міри тяжкості.

Що стосується прояву та розподілу посттравматичного стресу (ПТРС) в часі, то як подію або випадок, що спричиняє пошкодження, вказали травму, отриману:

- впродовж останніх шести місяців - 24% спортсменів;
- впродовж останніх двох років - 48% спортсменів;
- 28% спортсменів вказали травму, перенесену більш ніж два роки тому.

Аналіз психоемоційного стану та відчуттів, які виникли у спортсменів при переживанні ПТРС, показав, що у більш, ніж 40% випадках спортсмени переживали такі негативні емоції, як тривожність, невпевненість, страх, пригніченість, самотність та подібні. Ще, майже 50% випадків спортсмени відчували змішані або амбівалентні, невизначені емоції. До вищезгаданих емоцій переважно додався гнів, дратівливість і злість. А в інших 10% випадках у випробовуваних спостерігались виключно бурхливі афективні емоції, такі як гнів, дратівливість і злість.

Для діагностики міри впливу на спортсмена травми та пошкоджень була обрана методика ШОВТС (Шкала оцінки впливу травматичної події). Ця методика дозволяє визначити міру впливу посттравматичного стресу (ПТРС) на спортсмена і оцінити вираженість та ознаки двох форм переживань, що виникають у відповідь на дію травматичних подій. До першої форми належать симптоми вторгнення. Термін "вторгнення" (intrusion - англ.) іноді переводиться як "нав'язування" - включаючи нічні кошмари, нав'язливі почуття, образи або думки. До другої форми переживань належать симптоми уникнення, що включають спроби пом'якшення або уникнення переживань, пов'язаних з травматичною подією, зниження реактивності.

Враховуючи показники сили впливу ПТРС, загальна вибірка спортсменів була недостатньо однорідною, тому для забезпечення об'єктивності подальшого аналізу, було проведено розподіл спортсменів на дві групи за показниками сили впливу ПТРС та ознак і вираженості двох основних реакцій на травматичну подію: симптомів нав'язування (вторгнення) і симптомів уникнення будь-яких асоціацій, що нагадують про травматичну подію. Таким чином із загальної вибірки спортсменів було створено дві відносно однорідні групи, які характеризуються і як рівнем впливу ПТРС, так і рівнем прояву симптомів нав'язування і уникнення.

Перша група, яка склала близько 51% обстежуваних спортсменів (8 чол.), характеризується дуже високими показниками сили впливу ПТРС ( $52,0 \pm 7,2$ ), і значною вираженістю симптомів нав'язування ( $16,6 \pm 5,3$ ) і уникнення ( $19,0 \pm 5,3$ ). По переживаннях впливу ПТРС у цієї групи домінує уникнення (табл.3.1). Представники цієї групи відчують сильний стрес, викликаний травмою опорно-рухового апарату. Без кваліфікованої психологічної допомоги їх повернення на колишній рівень змагання малоймовірно. Так само варто відмітити, що тривале перебування під впливом стресу такої сили робить негативний вплив на властивості особистості спортсмена і може призводити до різних психічних розладів.

Таблиця 3.1.

Показники впливу ПТРС і реакцій нав'язування і уникнення  
у спортсменів, що увійшли до різних груп

Показники сили впливу ПТРС	Mx ± σ, бали	
	група №1	група №2
Сила впливу ПТРС	52,0 ± 7,2	11,0 ± 6,1
Вираженість уникнення	19,0 ± 5,3	5,5 ± 3,0
Вираженість нав'язування	12,6 ± 5,9	5,9 ± 3,8

Можна припустити, що заходи по психологічній реабілітації та відновленню працездатності для цієї групи можуть надати істотну допомогу спортсменам під час повернення до тренувальної і змагання діяльності, і підвищити їх рівень резистентності по відношенню до подібних стрес чинників у майбутньому.

Друга група, склала 49% обстежуваних (7 осіб), має найнижчі показники сили впливу ПТРС (11,0±6,1) і симптомів уникнення (5,5±3,0) і нав'язування (5,9 ± 3,8). Причому уникнення і нав'язування у цієї групи виражено в рівній мірі з невеликим переважанням нав'язування. Спортсмени цієї групи без належної психологічної допомоги перенесли травму більш спокійно і без негативних змін психоемоційного стану, обумовленого впливом ПТРС.

Отримані результати показників впливу пошкоджень і травм, перенесених спортсменами дозволяють констатувати, що рівень травматогеності цих ушкоджень для психіки спортсменів достовірно високий. При сумарному показнику сили впливу ПТРС 30-35 балів і вище, за

критеріями тесту ШОВТС, її слід розглядати, як значну, про що свідчать дані [64], отримані в дослідженнях раніше.

Результати дослідження показали, що середній рівень сили впливу ПТРС склав  $25,3 \pm 11,8$  балів, що говорить про важливість урахування впливу ПТРС на спортсменів при організації відновлюваних заходів та психологічної допомоги в посттравматичний період.

### 3.2. Залежність прояву психологічних якостей у спортсменів від дії посттравматичного стресу після пошкоджень і травм.

Наступний етап дослідження був спрямований на вивчення психологічних якостей спортсменів, що впливають на ефективність змагальної діяльності і проведений аналіз з метою виявлення зв'язків між силою дії ПТРС і їх проявами. Результати кореляційного аналізу дозволили визначити особливості змін психологічних властивостей та якостей, що відбуваються під впливом ПТРС, характерних для спортсменів кожної з двох груп випробовуваних.

У спортсменів першої групи була виявлена залежність між силою впливу ПТРС, вираженістю нав'язування, вираженістю уникнення і низкою психологічних якостей особистості спортсменів (табл.3.2). Показники реактивної тривожності мають прямо пропорційну, залежність від вираженості нав'язування ( $r = 0,37$ ;  $p \leq 0,1$ ), а настроїв і самопочуття - обернено пропорційну від уникнення. Таким чином не лише якості психіки, але також і психоемоційний стан спортсменів цієї групи підпадає під вплив ПТРС. Важливо, що воно визначається не лише взаємодією ситуативних чинників, але і відстроченим в часі впливом ПТРС. Тривале перебування в стресовому стані, так само впливає на психологічні якості особистості спортсмена.

Таблиця 3.2.

Залежність між показниками сили впливу ПТРС і досліджуваними  
психологічними якостями спортсменів в групі №1

Досліджувані якості	Сила впливу ПТРС	Вираженість уникнення	Вираженість нав'язування
Реактивна тривожність	-	-	0,37
Самопочуття	-0,61	-0,66	-
Настрій	-	-0,53	-
Емоційна стійкість	-	-	-0,32
Непряма агресія	-	-	0,49
Сила процесів збудження			-0,44
Дратівливість	0,98		
Індекс ворожості		0,94	

Прим:  $p \leq 0,05$ ;

Під впливом ПТРС у спортсменів також знижується емоційна стійкість (табл.3.2). Показники емоційної стійкості мають обернено пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r = - 0,32$ ). Необхідно відмітити, що емоційна стійкість розглядається фахівцями, як одна з детермінант надійності змагальної діяльності. Тобто спортсмени цієї групи можуть зазнавати істотні труднощі при високих фізичних і психологічних навантаженнях. Рівень непрямой агресії (використання проти інших людей непрямим шляхом жартів, пліток; прояв ненаправлених і нерегульованих вибухів люті) - має прямо пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r= 0,49$ ).

У спортсменів, нервова система яких характеризується високими показниками процесів збудження, спостерігається пониження прояву

симптомів нав'язування ( $r=-0,44$ ). Вираженість симптомів уникнення, домінуючих у цієї групи, знижується, якщо спортсмен поважає тренера як особу, оскільки в дослідженні була знайдена обернено пропорційна залежність між показниками вираженості уникнення і оцінкою спортсменами поведінкового компонента в стосунках тренер – спортсмен ( $r = - 0,34$ ).

Аналіз даних, що характеризують особливості впливу ПТРС на спортсменів говорить також про значну кількість залежних компонентів, і про неоднозначність впливу симптомів нав'язування і уникнення на психологічні якості спортсмена. Так показники, які відображають особливості уваги, під впливом ПТРС покращуються - підвищується швидкість перенесення інформації в зорово-руховій системі( $r=0,66$ ), знижується рівень її нестабільності.

Перебуваючи під впливом ПТРС, спортсмени з цієї групи гостріше сприймають дійсність. Це може мати як позитивні, так і деякі негативні прояви: з одного боку допомога в передбаченні ситуації, з іншої - вплив ПТРС посилюватиметься.

Найбільша кількість залежностей (прямо пропорційних) серед психологічних якостей спортсменів цієї групи виявлена в показниках різних форм агресії: дратівливість ( $r=0,98$ ), тобто схильність до роздратування, готовність при незначному збудженні перейти на різкість, грубість; підозрілість ( $r=0,99$ ) і індекс ворожості ( $r=0,94$ ).

Результати свідчать що із зростанням сили впливу ПТРС і домінуючого для цієї групи симптому уникнення, рівень агресії підвищується. При цьому рівень аутоагресії - дії і відношення до себе, обумовлені переконаністю спортсмена в тому, що він сам є винуватцем власної травми. Таке ставлення має деструктивний характер впливу на психіку, що виражається в зростанні рівня психічного виснаження і збільшенні вираженості уникнення.

Спортсмени, що увійшли до другої групи, за результатами дослідження, найадекватніше переносять вплив ПТРС, що видно з аналізу залежностей показників сили впливу ПТРС і досліджуваних психологічних якостей. Дані, отримані в дослідженні вказують, що серед показників уваги зростає швидкість перенесення інформації в зорово-руховій системі ( $r=0,46$ ). Це може свідчити про тенденцію до активізації спортсмена, і є позитивним проявом впливу ПТРС. Обернено пропорційну залежність рівня самооцінки і сили впливу ПТРС ( $r=-0,43$ ) так само слід вважати позитивною на відміну від можливої іншої залежності.

Оскільки при виникненні ПТРС грають роль психологічні якості, які обумовлюють невідповідність вимогам діяльності, те зниження самооцінки є проявом усвідомлення спортсменом наявності у себе слабких місць, без чого самоудосконалення стає неможливим. Окрім цього слід вказати, що середній рівень самооцінки цієї групи є нормально високим ( $0,8\pm 1,17$ ) і він значно вищий, ніж у спортсменів з першої групи. Саме ця роль зниження самооцінки підтверджується наявністю прямо пропорційних зв'язків між силою впливу ПТРС і рівнем інтернальності ( $r=0,53$ ), що виявляється в особистій відповідальності за свої дії в різних сферах. Чим сильніше вплив ПТРС на спортсменів з цієї групи, тим більше вони відчують свою відповідальність за створення подібної ситуації і потенціал для її подолання.

### Таблиця 3.3.

Залежність між показниками сили впливу ПТРС і психологічними якостями спортсменів в групі №2

Досліджувані якості	Сила впливу ПТРС	Вираженість уникнення	Вираженість нав'язування
Швидкість перенесення інформації в зорово-руховій системі	-	-	0,46
Самооцінка	-0,43	-	-
Реактивна тривожність	-0,63	-0,67	-
Вербальна агресія	0,99	0,77	0,85
Непряма агресія	0,77	-	0,81

Прим.:  $p \leq 0,05$ .

Результати дослідження вказують, що спортсмени цієї групи реагують на ПТРС не підвищенням агресивності по відношенню до оточення, що характерно для спортсменів групи №1, а пошуком реальних причин виникнення ПТРС і шляхів його подолання.

Таким чином, проведене дослідження психологічних якостей спортсменів, та ПТРС, що виникає після травми та пошкоджень опорно-рухового апарату, дозволяє говорити про неоднозначність впливу ПТРС на психіку спортсмена. Отримані результати свідчать про необхідність обліку індивідуальних психологічних особливостей спортсменів при розробці заходів по психологічній реабілітації та відновленню працездатності в посттравматичний період.

Висновки до розділу 3.

1. В ході дослідження було проведено розподіл спортсменів за показниками сили впливу ПТРС і вираженості двох основних реакцій на травматичну подію: симптомів нав'язування (вторгнення) і симптомів уникнення будь-яких асоціацій, що нагадують про травматичну подію. При цьому із загальної вибірки спортсменів було створено дві відносно однорідні групи, які характеризуються і як рівнем впливу ПТРС, так і рівнем прояву симптомів нав'язування і уникнення.

2. Перша група, яка склала близько 51% обстежуваних спортсменів (8 чол.), характеризується дуже високими показниками сили впливу ПТРС ( $52,0 \pm 7,2$ ), і значною вираженістю симптомів нав'язування ( $12,6 \pm 5,9$ ) і уникнення ( $19,0 \pm 5,3$ ). По переживаннях впливу ПТРС у цієї групи домінує уникнення. Спортсмени цієї групи відчувають сильний стрес, викликаний травмою опорно-рухового апарату. Без кваліфікованої психологічної допомоги їх повернення на колишній рівень змагання малоймовірно.

3. Друга група спортсменів склала 49% обстежуваних (7 осіб), має найнижчі показники сили впливу ПТРС ( $11,0 \pm 6,1$ ) і симптомів уникнення ( $5,5 \pm 3,0$ ) і нав'язування ( $6,0 \pm 3,8$ ). Причому уникнення і нав'язування у цієї групи виражено в рівній мірі з невеликим переважанням нав'язування. Спортсмени цієї групи без кваліфікованої психологічної допомоги перенесли травму більш спокійно та без негативних змін психоемоційного стану, обумовленого впливом ПТРС.

3. Результати дослідження показали середній рівень сили впливу ПТРС, що говорить про необхідність обліку особливостей впливу ПТРС на спортсменів при організації відновлюваних заходів та психологічної допомоги в посттравматичний період.

4. У спортсменів першої групи була виявлена залежність між силою впливу ПТРС, вираженістю нав'язування, вираженістю уникнення і рядом

психологічних якостей особистості. Показники реактивної тривожності мають прямо пропорційну, залежність від вираженості нав'язування ( $r= 0,37$ ), а настрої і самопочуття - обернено пропорційну від уникнення. Таким чином не лише якості психіки, але також і психоемоційний стан спортсменів цієї групи підпадає під вплив ПТРС.

5. Під впливом ПТРС у спортсменів також знижується емоційна стійкість. Показники емоційної стійкості мають обернено пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r= - 0,35$ ). Необхідно відмітити, що емоційна стійкість розглядається фахівцями, як одна з детермінант надійності змагальної діяльності. Рівень непрямой агресії (використання проти інших людей непрямим шляхом жартів, пліток; прояв ненаправлених і неврегульованих вибухів люті) - має прямо пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r= 0,52$ ).

У спортсменів, нервова система яких характеризується високими показниками процесів збудження, спостерігається пониження прояву симптомів нав'язування ( $r=-0,44$ ).

6. Аналіз даних, що характеризують особливості впливу ПТРС на спортсменів говорить також про значну кількість залежних компонентів, і про неоднозначність впливу симптомів нав'язування і уникнення на психологічні якості спортсмена. Так показники, які відображають особливості уваги, під впливом ПТРС покращуються - підвищується швидкість перенесення інформації в зорово-руховій системі ( $r=0,66$ ), знижується рівень її нестабільності.

7. Проведене дослідження залежностей психологічних якостей спортсменів та посттравматичного стресу, що виникає після травми та пошкоджень, дозволяє говорити про неоднозначність впливу ПТРС на психіку спортсмена. Отримані результати свідчать про необхідність обліку індивідуальних психологічних

особливостей спортсменів при розробці заходів по психологічній реабілітації та відновленню працездатності в посттравматичний період.

**ВИСНОВКИ.**

1. Теоретичний аналіз науково-методичної літератури, джерел мережі інтернет дозволяє говорити про поширеність травматизму як в спорті в цілому, так і спорті найвищих досягнень та необхідності в системному підході до оцінки ступеня тяжкості, можливих наслідків і застосування не лише до суто медичних методів реабілітації, але й психологічних підходів та методів втручання задля повернення спортсмена до оптимальної спортивної форми.

2. До теперішнього часу немає загальноприйнятої концепції, що дозволяє пояснити причини, що викликають стійкі порушення психічного і соматичного здоров'я більшості спортсменів, що піддалися дії чинників різних екстремальних ситуацій, але безперечним залишається те, що психологічні особливості спортсменів грають значну роль у формуванні можливих психічних наслідків та порушень.

3. Найбільш важкі травми здійснюють сильний негативний вплив на загальний психоемоційний стан спортсмена, істотно погіршуючи результати його професійної діяльності, і в подальшому підвищуючи вірогідність травматизму. Психологічна допомога для подолання важких форм стресових станів може здійснюватися лише на підставі чітких уявлень про особливості їх виникнення і розвитку. Очевидною видається необхідність детального вивчення специфічних характеристик переживання психіки спортсмена в ситуації спортивної травми.

4. Можна констатувати, що різноманітні травми та пошкодження у свідомості спортсмена - це стрес, який супроводжується больовими відчуттями, тимчасовою руховою дисфункцією, соціально-економічними і психологічними наслідками. Від сили стресу залежить і швидкість відновлення спортивної працездатності і можливість повернутися на той же рівень активності, що і до травми.

5. Психологічні наслідки пошкоджень і травм різноманітні за змістом, формою і динамікою прояву. Закріплюючись в структурі особистості спортсменів, такі психологічні наслідки визначають поведінку та діяльність на значний період

часу, потребують дослідження та розробку заходів з відновлення працездатності спортсменів.

6. В ході дослідження було проведено розподіл спортсменів за показниками сили впливу ПТРС і вираженості двох основних реакцій на травматичну подію: симптомів нав'язування (вторгнення) і симптомів уникнення будь-яких асоціацій, що нагадують про травматичну подію. При цьому із загальної вибірки спортсменів було створено дві відносно однорідні групи, які характеризуються і як рівнем впливу ПТРС, так і рівнем прояву симптомів нав'язування і уникнення.

7. Перша група, яка склала близько 51% обстежуваних спортсменів (8 чол.), характеризується дуже високими показниками сили впливу ПТРС ( $52,0 \pm 7,2$ ), і значною вираженістю симптомів нав'язування ( $12,6 \pm 5,9$ ) і уникнення ( $19,0 \pm 5,3$ ). По переживаннях впливу ПТРС у цієї групи домінує уникнення. Спортсмени цієї групи відчувають сильний стрес, викликаний травмою опорно-рухового апарату. Без кваліфікованої психологічної допомоги їх повернення на колишній рівень змагання малоймовірно.

8. Друга група спортсменів склала 49% обстежуваних (7 осіб), має найнижчі показники сили впливу ПТРС ( $11,0 \pm 6,1$ ) і симптомів уникнення ( $5,5 \pm 3,0$ ) і нав'язування ( $6,0 \pm 3,8$ ). Причому уникнення і нав'язування у цієї групи виражено в рівній мірі з невеликим переважанням нав'язування. Спортсмени цієї групи без кваліфікованої психологічної допомоги перенесли травму більш спокійно та без негативних змін психоемоційного стану, обумовленого впливом ПТРС.

9. Результати дослідження показали середній рівень сили впливу ПТРС, що говорить про необхідність обліку особливостей впливу ПТРС на спортсменів при організації відновлюваних заходів та психологічної допомоги в посттравматичний період. У спортсменів першої групи була виявлена залежність між силою впливу ПТРС, вираженістю нав'язування, вираженістю

уникнення і рядом психологічних якостей особистості. Показники реактивної тривожності мають прямо пропорційну, залежність від вираженості нав'язування ( $r= 0,37$ ), а настроїв і самопочуття - обернено пропорційну від уникнення. Таким чином не лише якості психіки, але також і психоемоційний стан спортсменів цієї групи підпадає під вплив ПТРС.

10. Під впливом ПТРС у спортсменів також знижується емоційна стійкість. Показники емоційної стійкості мають обернено пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r= - 0,35$ ). Необхідно відмітити, що емоційна стійкість розглядається фахівцями, як одна з детермінант надійності змагальної діяльності. Рівень непрямой агресії (використання проти інших людей непрямим шляхом жартів, пліток; прояв ненаправлених і нерегульованих вибухів люті) - має прямо пропорційну залежність від вираженості нав'язування ( $r= 0,52$ ). У спортсменів, нервова система яких характеризується високими показниками процесів збудження, спостерігається пониження прояву симптомів нав'язування ( $r=-0, 44$ ).

11. Аналіз даних, що характеризують особливості впливу ПТРС на спортсменів говорить також про значну кількість залежних компонентів, і про неоднозначність впливу симптомів нав'язування і уникнення на психологічні якості спортсмена. Так показники, які відображають особливості уваги, під впливом ПТРС покращуються - підвищується швидкість перенесення інформації в зорово-руховій системі ( $r=0,66$ ), знижується рівень її нестабільності.

12. Проведене дослідження залежностей психологічних якостей спортсменів та ПТРС, що виникає після травми та пошкоджень, дозволяє говорити про неоднозначність впливу ПТРС на психіку спортсмена. Отримані результати свідчать про необхідність обліку індивідуальних психологічних особливостей спортсменів при розробці заходів по психологічній реабілітації та відновленню працездатності в посттравматичний період. Отримані в дослідженні матеріали дозволяють надати практичні рекомендації з

психологічної реабілітації щодо необхідності психологічної допомоги спортсменам по відновленню спортивної працездатності після травми та подолання психотравмуючого стресу (ПТРС).

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.**

Проведене дослідження дозволило розробити практичні рекомендації з психологічної реабілітації щодо необхідності психологічної допомоги спортсменам по відновленню спортивної працездатності після травми та подолання психотравмуючого стресу (ПТРС).

Психологічна допомога спортсменам після травми може виступати як діяльність, спрямована на відновлення спортивної працездатності, функціональних спроможностей та особистісних якостей спортсменів, які зазнали негативних змін в практиці спортивної діяльності.

Важливим моментом розуміння сутності психологічної допомоги та реабілітації є виявлення її ролі і співвідношення зі спорідненими видами відновлюваної діяльності. Видається важливою позиція, за якої її розглядають як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що включає реабілітацію медичну, психологічну, соціальну, професійну тощо.

Власне психологічна реабілітація та заходи по відновленню вирішують широке коло завдань психологічної допомоги спортсменам, насамперед, таких як:

1. Нормалізація психічного стану.
2. Відновлення порушених (втрачених) психічних функцій.
3. Гармонізація Я-образу спортсменів.
4. Надання допомоги у встановленні конструктивних стосунків із оточуючими та ін.

Таким чином, по суті метою психологічної реабілітації є відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Практично весь комплекс психореабілітаційних заходів спортсменів може успішно здійснюватися на загальному тлі соціально-психологічного тренінгу, націленого на особистісне зростання і розвиток. Такий тренінг орієнтується на розв'язання широкого кола психореабілітаційних завдань. Серед них найбільш важливими є такі:

1. Пізнання своїх психологічних та особистісних особливостей, оцінка ефективності відновлюваних стратегій, яким надається перевага.
2. Створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, відновлення відчуття цінності власної особистості та здатності ефективного існування, зміцнення впевненості у своїх силах.
3. Зниження у спортсменів почуття ізольованості та розвиток почуття приналежності до людської спільноти, створення психологічного комфорту.
4. Формування вмінь і навичок побудови точного образу партнерів зі спілкування, розвиток навичок управління процесом взаємодії у звичайних і конфліктних ситуаціях та оцінювання ефективності комунікації.
5. Навчання прийомам психічної саморегуляції та розширення своїх психологічних можливостей в інтересах набуття влади над емоційними реакціями, зниження тривожності та відновлення почуття особистісної цілісності й контролю над подіями та життєвими ситуаціями.
6. Розв'язання особистісних проблем, що виявляються у сфері професійної або спортивної діяльності.

Таким чином, у процесі тренінгу з'являється місце для: розблокування системи психологічного захисту спортсменів, створення емоційно-підтримуючої атмосфери, здійснення індивідуальної та групової психокорекції, навчання навичок самоконтролю та саморегуляції.

Психологічна допомога спортсменам з використанням тренінгів передбачає:

#### *1. Методи психологічної самопомоги після отримання травми.*

Для розв'язання завдань першого етапу психологічної реабілітації спортсменів ефективним напрямом роботи є навчання методам психічної саморегуляції і практичне виконання їх у психотерапевтичних цілях.

Психологічні наслідки психотравмуючого стресу часто спостерігаються через симптоми порушення балансу вегетативної нервової системи (група симптомів гіперактивації). Це такі симптоми, як порушення сну, тремор кінцівок, головний біль, неприємні відчуття в шлунку, загальна м'язова скутість тощо. Для зняття подібних порушень найефективнішими є методи психічної саморегуляції: нервово-м'язова релаксація (метод Джекобсона), аутогенне тренування (метод Шульца), гіпносугестивна терапія з елементами саморегуляції за методом Куе, медитативні техніки.

*Самонавіювання за методом Куе:* широкого поширення серед прийомів самонавіювання набула методика Куе, названа ним «школою самовладання шляхом свідомого самонавіювання». Метод Куе - метод самонавіювання, заснований на багаторазовому повторенні формули, яка містить твердження про гарне здоров'я того чи іншого органа, гарне самопочуття, настрої, упевненість у собі тощо. Свідоме самонавіювання за Куе - лікувальний метод, що дає змогу, придушити хворобливі, шкідливі за своїми наслідками уявлення і замінити їх на корисні та добродійні. Згідно з Куе, формула самонавіювання (лікувальні уявлення) має бути простою і не носити пригнічувального характеру. Наприклад: «З кожним днем у всіх відношеннях мені стає дедалі краще і краще». Довільне самонавіювання має здійснюватися без будь-яких вольових зусиль.

Техніка лікування включає в себе низку послідовних дій:

1. Лікування починається з попередньої бесіди, під час якої пояснюється вплив самонавіювання на організм, його цілющого впливу на наслідки психотравмального стресу. Щоб переконати пацієнта в тому, що його власні думки, уявлення можуть впливати на мимовільні функції організму, використовують низку проб на сугестивність. Наприклад: грузик, підвішений на нитці (маятник Шевроле), розгойдується в нерухомій руці пацієнта тільки за одного уявлення про його рух. Це посилює сугестивність пацієнта і переконує його в дієвості методу.

2. Складання формули самонавіювання, яка може змінюватися в процесі лікування. Вимоги до формули: простота, небагатослівність (3-4 фрази), позитивний зміст. Наприклад, «Я здоровий» замість «Я не хворий». Для посилення віри у свої сили може використовуватися формула: «Я можу. Я можу, Я можу». У ситуації травматичного стресу формула може бути розширеною, наприклад, пацієнт може навіювати собі: «Моє рішення перемогти стрес остаточне. Хоч би як важко мені було від перенесеної втрати, у будь-якому разі не зраджу своєму рішенню».

3. Процес самонавіювання. Пацієнт займає зручну позу сидячи або лежачи, заплющує очі, розслабляється і пошепки, без жодного напруження 20 разів вимовляє одну й ту саму формулу самонавіювання. Вимовляти формулу потрібно монотонно, не фіксуючи уваги на її змісті, не голосно, але так, щоб сам пацієнт чув те, що він говорить.

Сеанс самонавіювання триває 3-4 хвилини, повторюється 2-3 рази на день протягом 6-8 тижнів. Рекомендується використовувати для проведення сеансів просоночні стани вранці під час пробудження та ввечері під час засинання.

Щоб не відволікати своєї уваги на лічбу, використовують шнур із двадцятьма вузликами, які перебирають, як чотки.

Перевагою методу Куе є той факт, що пацієнт сам бере активну участь у процесі лікування. Сеанси самонавіювання можна проводити в будь-якій обстановці і в будь-який час.

- *Аутотренінг (метод І.Шульца), (Schultz, J. H.).*

Активним методом психотерапії, психопрофілактики та психогієни, спрямованим на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних

саморегулювальних механізмів організму людини, порушеної внаслідок впливу психотравмального стресу, є аутогенне тренування. Аутогенне тренування (АТ) (від грец. autos сам, genos походження) - самонавіювання в стані релаксації (нижчий ступінь) і гіпнотичного трансу (вищий ступінь).

Вплив АТ на організм супроводжується зниженням загальної тривожності та розвитком антистресових тенденцій.

Виділяють два ступені АТ (за І.Шульцем):

- 1) нижчий щабель - навчання релаксації за допомогою вправ, спрямованих на викликання відчуття тяжкості, тепла, на оволодіння ритмом серцевої діяльності та дихання;
- 2) вищий щабель - аутогенна медитація, створення трансових станів різного рівня.

Нижчий щабель, АТ-1, складають шість стандартних вправ, які виконуються в одній із трьох поз:

1) «поза кучера» (сидячи на стільці зі злегка опущеною вперед головою, кисті й передпліччя лежать вільно на передній поверхні стегон, ноги вільно розставлені;

2) положення, лежачи на спині, голова на низькій подушці, руки дещо зігнуті в ліктьовому суглобі, вільно лежать уздовж тулуба долонями вниз;

3) напівлежачи спершись на спинку крісла, руки на передній поверхні стегон або на підлокітниках, ноги вільно розставлені. У всіх трьох досягається положеннях досягається повна розслабленість, для кращої зосередженості очі заплющені

Вправи виконуються шляхом уявного повторення (5-6 разів) відповідних із формул самонавіювання. Кожна закінчується формулою-ціллю: «Я абсолютно спокійний». вправ.

Перший ступінь АТ складається з шести стандартних вправ:

- 1) викликання відчуття тяжкості в руках і ногах;
- 2) викликання відчуття тепла в руках і ногах;
- 3) регуляція ритму серцевих скорочень;
- 4) нормалізація і регуляція дихального ритму;
- 5) викликання відчуття тепла в черевній порожнині;
- 6) викликання відчуття прохолоди в ділянці чола з метою запобігання та розслаблення, головного болю.

Показником засвоєння чергової вправи є генералізація відчуттів. Наприклад, вправа зі навіювання тепла в кінцівках вважається засвоєною тоді, коли тепло починає розливатися по всьому тілу.

На опрацювання кожної вправи йде два тижні. Весь курс АТ-1 триває близько трьох місяців. Заняття проводяться в групах. 1-2 рази на тиждень під керівництвом психотерапевта; тривалість заняття 15-20 хвилин.

Самостійні тренування пацієнтів проводяться двічі на день (вранці, перед тим як встати, і ввечері, перед сном).

В аутогенному зануренні пацієнт розпочинає спрямоване проти певних психотравмуючих переживань самонавіювання.

Виділяють чотири типи формул-намірів:

- 1) нейтралізуючі, що використовують варіант самонавіювання «однаково»: «Програш нокаутом однаково» в разі переживання програшу нокаутом;
- 2) підсилювальні, наприклад: «Я знаю, що прокинуся, коли почнуться кошмари»;
- 3) парадоксальні, наприклад: «Я хочу думати про свою психотравму якомога частіше» (у разі вторгнення психотравмувальних спогадів);

- 4) підтримувальні, наприклад: «Я знаю, що не залежу від отриманої психотравми» (у разі сильної актуалізації переживань у повсякденній діяльності людини).

Вправи нижчого ступеня впливають переважно на вегетативні функції. З метою оптимізації вищих психічних функцій Шульц розробив вищий щабель аутогенного тренування (АТ-2), вправи якого мають навчити викликати складні переживання, що призводять до лікування через «аутогенну нейтралізацію», «самоочищення» (катарсис). Стандартні вправи АТ-1 вважаються лише підготовкою до основного лікування. До вищого ступеня аутогенного тренування відносять вправи, мета яких полягає в тренуванні процесів уяви (зі здатністю К візуалізації уявлень) нейтралізації психотравмуючих переживань.

В основі вправ АТ-2 лежить медитація. Медитація (meditor (лат) розмірковуую, обмірковуую) - будь-яке зосередження думки, будь-яка концентрація уваги на чому б то не було.

Перш ніж розпочати аутогенну медитацію, той, хто тренується, повинен навчитися утримувати себе в стані аутогенного занурення тривалий час - по годині й більше.

Для осіб, які перенесли психотравмувальний стрес, крім вправ АТ-1 і АТ-2, застосовують прийоми аутогенної нейтралізації (методика Луте): аутогенне відреагування й аутогенну вербалізацію.

Аутогенне відреагування. Для нейтралізації негативних переживань використовують прийоми повторення тих ситуацій, які і стали причиною психічної травми. Пацієнт із заплющеними очима розповідає про всі сенсорні образи, що з'являються в стані аутогенного розслаблення.

Аутогенна вербалізація здійснюється в тих випадках, коли психотравмувальні переживання піддаються точному опису. Вербалізація певної теми (наприклад, «агресія», «страх», «почуття провини» тощо)

проводиться в стані аутогенного розслаблення доти, доки пацієнт не заявляє, що сказати йому вже нічого.

Розтин і відреагування психотравми веде до її нейтралізації та одужання. Іноді процес «відтворення» психотравмуючих причин завершується бурхливою афективною реакцією (аутокатарсис).

Модифікацією описаної методики Луте є «Аутогенна терапія пам'яті», запропонована В.С. Лобзіним і М.М. Решетніковим (1986). Передбачається, що хворобливі психотравмуючі переживання пов'язані з минулим травматичним досвідом пацієнта, «актуально присутнім у його свідомості у вигляді болісних спогадів». Самі пацієнти уникають розповідати про ці неприємні спогади. У подібних випадках психотерапевт роз'яснює пацієнтові, що саме болісні спогади є причиною хворобливих переживань, які можуть минути тільки після багаторазового образного їхнього відтворення, виконаного якнайдетальніше, з уявою обстановки, часу дії та ситуації. Спогади обов'язково повинні супроводжуватися вербалізацією, яка полегшується в стані аутогенного занурення. Відреагування психотравмуючих спогадів призводить до їхньої нейтралізації та покращує стан психотравмованого пацієнта.

- *Нервово-м'язова релаксація (метод Е. Джекобсона)*

Ефективною методикою лікування страхів, фобічних станів, суб'єктивного відчуття тривоги, формування більш спокійної психологічної установки в осіб, які перенесли психотравмувальний стрес, є прогресивна нервово-м'язова релаксація Джекобсона. Метод Джекобсона - прогресивна м'язова релаксація, що досягається шляхом початкового напруження і подальшого розслаблення м'язів. Процес формування здатності вловлювати напругу в м'язах і відчуття м'язового розслаблення, здійснювані за допомогою концентрації уваги.

Джекобсон називає свій метод «прогресивним» з таких причин:

1. Людина навчається в певній послідовності вибірково послаблювати напругу в конкретному м'язі. Для досягнення максимального розслаблення в будь-якому м'язі може знадобитися кілька хвилин.
2. Людина напружує і розслабляє певні м'язи тіла таким чином, що весь процес прогресує від розслаблення основних м'язових груп до розслаблення всього тіла або якоїсь його частини.
3. У разі постійних щоденних занять у людини відзначається прогресуюча тенденція К розвитку «звички відпочивати» - психологічної установки, що характеризується меншою збудливістю і стресостійкістю. Релаксація чинить гальмівний вплив на стресову реакцію, оскільки людина не може одночасно відчувати тривогу і стан розслаблення.

Основний принцип дії методу Джекобсона - навчання розрізненню напруги та розслаблення.

Усі м'язи тіла діляться на шістнадцять груп. Виділяють таку послідовність вправ: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки), до м'язів лоба (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітки та живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги).

Вправи починаються з короткочасного, 3-5 секундного, напруження першої групи м'язів, які потім повністю розслабляються; увага пацієнта зосереджується на почутті релаксації в цій ділянці тіла.

Після бесіди з пацієнтом, у процесі якої психотерапевт пояснює механізми лікувального впливу м'язової релаксації, наголошуючи на тому, що основною метою методу є досягнення розслаблення поперечно-посмугованих м'язів у спокої, з пацієнтом проводять навчальний сеанс, що охоплює низку послідовних етапів,

У попередніх інструкціях повідомляється про місце, час, порядок напруження і розслаблення м'язів. В основних інструкціях пацієнту

пропонується влаштуватися зручніше, закрити очі, зняти з себе одяг, що заважає, і зосередитися на диханні. Вправи починаються зі слів психотерапевта: «Готові? Почали».

У завершальній частині психотерапевт перераховує всі м'язи, які активізувалися і розслаблялися, і змушує пацієнта розслабити їх ще сильніше. Перехід до неспання здійснюється на рахунок до десяти.

Методика нервово-м'язової релаксації - це навичка, яку можна розвинути тільки за допомогою постійного тренування, здійснюваного під керівництвом психотерапевта і в домашніх умовах.

Техніка лікування та відновлення включає три етапи:

Перший етап. Пацієнт лягає на спину, згинає руки в ліктьових суглобах і різко напружує м'язи рук, викликаючи тим самим ясне відчуття м'язової напруги. Потім руки розслабляються і вільно падають. Так повторюється кілька разів. При цьому потрібно зафіксувати увагу на відчутті м'язового напруження й розслаблення.

Друга вправа - скорочення й розслаблення біцепсів. Скорочення й напруження м'язів має бути спочатку максимально сильним, а потім, усе більш і більш слабким (і навпаки). Під час цієї вправи необхідно зафіксувати увагу на відчутті найслабшого напруження м'язів і повного їхнього розслаблення.

Після цього пацієнт вправляється в напруженні й розслабленні м'язів згиначів тулуба, шиї, плечового пояса, нарешті, м'язів обличчя, очей, язика, гортані, що беруть участь у міміці й акті мовлення.

Другий етап (диференційована релаксація). Пацієнт у положенні сидячи вчиться напружувати і розслабляти мускулатуру, яка не бере участі в підтримці тіла у вертикальному положенні; далі розслабляти під час письма, читання, мовлення м'язи, які не беруть участі в цих актах.

Третій етап. Пацієнту пропонується шляхом самостереження встановити, які групи м'язів у нього найбільше напружуються під час різних негативних емоцій (страх, тривога, хвилювання) або хворобливих станів (болі в ділянці серця, гіпертонії тощо). Потім за допомогою релаксації окремих м'язових напружень можна навчитися позбуватися негативних емоцій або хворобливих проявів. Курс лікування триває від 3 до 6 місяців. Групові заняття 23 години на тиждень. Самонавчання вдома 1-2 рази на день по 15 хвилин.

Залежно від потреб пацієнта психотерапевт включає у вправи специфічні м'язові групи, і навіть окремі м'язи. Важливо навчити пацієнта розслабляти лицьові м'язи, особливо м'язи зіву, очей і рота для досягнення максимального розслаблення.

- *Медитативні техніки.*

Ефективним методом психологічної допомоги особам, які перенесли психотравмувальний стрес, є медитація. З її допомогою знімаються нервово-психічне напруження, тривожні стани, страхи, полегшується усвідомлення психотравмувальних переживань і реакцій, посилюється процес «самоактуалізації». За високого рівня оволодіння методикою медитації можливе психічне досягнення стану, що характеризується неогоцентричним типом розумового процесу.

Початок будь-якої медитації - концентрація, зосередженість розуму, відмова від усього стороннього, що не пов'язане з об'єктом концентрації, від усіх другорядних внутрішніх переживань.

Основа медитації - концентрація уваги на певному стимулі або предметі. Відповідно до природи об'єкта виділяють чотири види медитації.

1. Повторення в розумі. Об'єкт зосередження - мантра (слово або фраза, що повторюється знову і знову, зазвичай про себе). Мантри можуть

складатися з віршованих уривків, текстів народних пісень, окремих слів і звуків. Їхній вплив на психіку людини ґрунтується на специфічному впливі звукосполучень.

2. Повторення фізичної дії. Об'єкт зосередження, будь-яка фізична дія. Це можуть бути: повторювані дихальні рухи, дихальний контроль (підрахунок вдихів і видихів), використання поз (асан) у Хатха-йоги тощо.
3. Зосередження на проблемі. Цей об'єкт для концентрації являє собою спроби розв'язання проблеми, що включає парадоксальні завдання. У цьому разі для роздумів дається парадоксальне на вигляд завдання. Одним із найвідоміших канонів є такий: «Як звучить бавовна однієї долоні?».
4. Зорова концентрація. Об'єкт для концентрації зоровий образ. Це може бути картина, полум'я свічки, листок дерева, сцена, що навіює розслаблення, або щось інше. «Мандала» - геометрична фігура, квадрат усередині кола, що символізує єдність людини і всесвіту. У східних культурах її часто використовують для зорової концентрації.

Важливо пояснити пацієнтові, що медитація і досягнення стану надсвідомості не завжди є одним і тим самим. Він повинен зрозуміти, що медитація є процесом, або набором методик, які використовуються тим, хто медитує, для досягнення бажаної мети стану надсвідомості. Позитивний терапевтичний ефект може бути отримано без досягнення кінцевого стану надсвідомості.

Виділяють такі стадії в медитаційному процесі:

1. Факт початку медитативної практики. Стародавні індуїстські, дзенські писання, присвячені медитації, вказують, що набагато важливішою є спроба досягнення стану надсвідомості, ніж дійсне його досягнення.

2. Виникнення стану більш вираженої релаксації. Він являє собою стан неспанья, що характеризується зниженою психофізіологічною активністю.
3. відсторонене спостереження. Являє собою безособовий, пасивний стан спостереження, за якого той, хто медитує, просто «співіснує» з оточенням, а не протистоїть йому, намагаючись підпорядкувати собі. Це неаналітичний, інтуїтивний стан («сон наяву»).
4. «Стан надсвідомості». Включає в себе всі попередні стани, відрізняючись тільки інтенсивністю переживання. Він характеризується таким чином:
  - Гарний настрій (спокій, умиротворення);
  - відчуття єдності з оточенням: те, що древні називали союзом мікрокосму (людини) з макрокосмом (всесвіт);
  - непередаваність відчуттів;
  - зміна просторово-часових співвідношень;
  - загострене сприйняття реальності та сенсу навколишнього;
  - парадоксальність, тобто прийняття речей, які здаються парадоксальними буденній свідомості.

Успішній медитації сприяють: спокійне оточення, пристосування, що полегшує концентрацію, пасивна установка, зручна поза.

Специфічний процес медитації може бути дуже ефективним психотерапевтичним підходом у разі травматичного стресу. Найкращі результати виходять при застосуванні до початку медитації кілька прийомів нервово-м'язової релаксації.

*-Експрес-методи психічної саморегуляції:* Вибір методу психічної саморегуляції вирішальною мірою зумовлюється особливостями ситуації переживання стресу. Так, в обстановці активної соціальної взаємодії (наприклад, на тренуванні) виконувати процедури АТ або медитації буде вельми проблематично. В екстремальній ситуації, що динамічно протікає (на змаганнях), деякі з перерахованих вище методів здадуться складними і

недоречними. У таких і деяких інших ситуаціях найефективнішими можуть виявитися експрес-методи психічної саморегуляції. Вони вирізняються такими особливостями: прості в опануванні та виконанні, не потребують багато часу на виконання процедур (1-3 хв.), ефективні (результат виявляється вже в процесі виконання прийомів), не спричиняють негативних побічних явищ (наприклад, сонливості) тощо.

Найефективнішими з експрес-методів є такі групи прийомів.

1. Дихальні прийоми. Відомо, що нервові імпульси з дихальних центрів мозку поширюються на його кору і змінюють її тонус. При цьому тип дихання з коротким і енергійним вдихом і повільним видихом, викликає зниження тону центральної нервової системи, зумовлює зняття емоційного напруження. Повільний вдих і різкий видих тонізують нервову систему, підвищують активність її функціонування. Таким чином, для того, щоб у стресогенній ситуації набути спокою, зняти надмірну або неактуальну психічну напруженість, потрібно виконати 8-10 коротких вдихів (використовуючи рухи нижньої частини живота) і повільних тривалих видихів. І, навпаки, для того, щоб максимально мобілізуватися, побороти сумніви у своїх силах, подолати «мандраж», потрібно виконати 8-10 дихальних процедур із повільним, тривалим вдихом і різким, енергійним видихом. Відомі прийоми «Заспокійливе дихання», «Мобілізуюче дихання» тощо.

2. Прийоми управління тонусом скелетної мускулатури. Вони ґрунтуються на тому факті, що довільне розслаблення скелетної мускулатури діє на людину розслабно, заспокійливо, а напруження, навпаки, активізує, мобілізує. Відомі прийоми «Розслаблення контрасту», «Релаксація» тощо. Для «розрядки» негативних переживань (страху, невпевненості в собі, занепокоєння та інших) необхідно виконати вправу за типом «Релаксація». Вона виконується в три етапи. На першому етапі, помітивши негативні зміни у своєму стані (тривога, підвищена чутливість до зовнішніх впливів, роздратованість, сухість у роті, скутість, нездатність зосередитися на чомусь і т. ін.), треба знайти ту групу

м'язів, яка наразі найбільш напружена. На другому етапі необхідно відчутти, як безпосередньо пов'язані між собою погане самопочуття і напруга в м'язах. На третьому етапі потрібно вольовим зусиллям розслабити напружені м'язи. Для цього можна уявити, що вони стають тістоподібними, млявими. Як правило, поліпшення психічного стану відбувається практично миттєво.

Розрядці негативних емоційних станів і підтримці бадьорого настрою допоможе вправа «Розслаблення за контрастом». Тут релаксація досягається через напруження. Потрібно напружити, наприклад, кисті рук, а потім максимально їх розслабити тощо. Разом із розслабленням має прийти й відчуття звільнення від напруження, яке потрібно всіляко посилювати.

### 3. Вплив на біологічно активні точки тощо.

У процесі реабілітації дуже важливими моментами є розв'язання окремих психологічних проблем пацієнтів, наприклад, купірування актуальних больових відчуттів, позбавлення нічних жахів тощо. Для вирішення цих проблем також підходять експрес-психотехніки.

Прийом «Малюнок болю» передбачає в момент ескалації больового відчуття детальне зображення образу болю на папері.

Прийом «Видихання болю». Перебуваючи в будь-якому положенні, розслабитися, встановити рівне дихання. Потім, роблячи вдих, уявити, що в грудях формується хмара цілющих життєвих сил, наприклад, сіро-блакитного кольору. Далі уявити больову ділянку, «побачити» хворий орган, що має коричнево-чорний колір. Після чого, роблячи повільний видих, спрямувати цілющу хмару на хворий орган, спостерігаючи, як вона обгортає больову ділянку, вириває шматки болю й викидає з тіла. Вправу повторювати доти, доки вона не «вичистить» хворобливий орган і останній не набуде природного кольору.

Прийом «Образ болю» передбачає роботу із субмодальностями якостями образу болю - послідовну зміну таких якостей образу болю, як температура, колір, матеріал від неприємних до приємних. На останньому етапі доцільно уявити біль. Наприклад, у вигляді повітряної кулі, що відлітає від болісного місця.

Прийом «Перевантаження» передбачає під час переживання болю детально описувати всі предмети, які є в приміщенні, послідовно переміщаючись із кута в кут.

Прийом «Контекст» передбачає уявлення такого контексту переживання болю, в якому людина перестає про нього думати, наприклад, під час переживання більового відчуття слід уявити ситуацію надзвичайної небезпеки (поява в кімнаті тигра). Важливо рефлекторно закріпити («заякорити») більове відчуття із ситуацією небезпеки.

Для позбавлення від нічних кошмарів застосовували прийоми «Малюнок сну», «Розповідь про сон», «Діалог зі сном», «Модифікація сну», «Завершення сну» та ін. Головним коригувальним механізмом у цих прийомах є інсайт - вихід на розуміння «функції» сну, його визнання і прощання з ним.

Прийом «Малюнок сну» полягає в детальному промальовуванні сну і «розумінні» його з позиції «художника».

Прийом «Розповідь про сон» передбачає детальну вербалізацію сну з виходом на розуміння його «місії» в житті ветерана.

Прийом «Модифікація сну» полягає в такій зміні деталей сну, які роблять його таким, що не травмує. Наприклад, у накладенні на сон заспокійливої музики.

Прийом «Завершення сну» передбачає таке його уявне закінчення, яке розв'язує психологічну проблему, наприклад, уявити, що сон насправді є зйомкою фільму, і вона благополучно завершена.

Таким чином, методики саморегуляції станів спрямовані на формування адекватних внутрішніх засобів, що дають змогу здійснити спеціальну діяльність зі зміни свого психоемоційного стану та подолання стресу. За своїм змістом і спрямованістю ці методи є формами активної самодії.

### *-Методи когнітивно-поведінкової психотерапії*

Одним із найефективніших і, водночас, найдоступнішим для широкого освоєння методом психологічної реабілітації є раціональна психотерапія [66]. Біля витоків її створення стояв П. Дюбуа. Він стверджував, що лікування психічних розладів має бути насамперед психічним, що полягає у впливі на розумову діяльність хворих і у вихованні їхньої волі, що істинний фахівець більше допоможе пацієнтові словом, ніж ліками і лікувальними процедурами. При цьому П. Дюбуа підкреслював, що моральний вплив фахівця, який здійснює реабілітацію хворого, залежить від глибини переконання і сили щирості.

В основі методу лежить правильне, доступне розумінню людини трактування характеру і причин виникнення травматичного стресу шляхом логічного переконання, навчання правильного мислення. Мета психотерапевтичної роботи - роз'яснення потерпілому характеру, причин і механізмів виникнення негативних наслідків психотравмального стресу з тим, щоб переконати його, що такі стани є нормальною природною реакцією людини на ненормальні обставини.

Раціональна психотерапія - метод, у якому використовується здатність людини проводити зіставлення, висновки, доводити їх обґрунтованість. Цим методом психотерапевт впливає на спотворені уявлення пацієнта, що створюють додаткове джерело емоційних переживань. Основними напрямками впливу вважаються: зняття невизначеності, корекція суперечливості, непослідовності в уявленнях пацієнта, насамперед тих, що стосуються його

хвороби, переконання потерпілого, навчання його правильному мисленню, бо вважається, що психічні розлади є наслідком помилкових суджень, умовиводів хворого через нестачу необхідної інформації. Раціональна психотерапія проводиться у формі бесіди з пацієнтом, який зазнав психотравматизації. У процесі бесіди психолог, лікар або інший підготовлений фахівець вирішують низку психокорекційних завдань:

- повідомляють пацієнту про подію, що сталася з ним, розкривають сутність цього виду психічної травми, механізм її дії. При цьому головним є роз'яснення того, що цей розлад не унікальне, а поширене явище;
- переконання пацієнта в можливості та неминучості успішного подолання несприятливої ситуації, що виникла, і повного одужання;
- демонстрація прикладів вольової поведінки товаришів по команді в аналогічній ситуації;
- підкріплення продуктивних думок і висловлювань пацієнта;
- роз'яснення згубності безвольної поведінки, самопідпорядкування недузі;
- доведення свого ставлення до пацієнта, як до людини, яка тимчасово втратила боєздатність і яку обов'язково повернуть до строю та інше.

Засобами психологічного впливу тут виступають: переконання, переконання, роз'яснення, відволікання, підбадьорення, авторитет, престиж і знання особи, яка здійснює психологічну допомогу.

Істотною характеристикою цього виду психотерапії є його директивність, а отже, невелика тривалість сеансів. В умовах бойової обстановки ця особливість набуває важливого значення.

Зміна неправильних уявлень пацієнта досягається певними методичними прийомами (пояснення, роз'яснення, переконання, переорієнтація та ін.), які побудовані на логічній аргументації, що є суттєвою якістю раціональної терапії. Значну роль в ефективності аргументації психотерапевта, спростуванні

неправильних доводів пацієнта, спонуканні його до формулювання нових висновків може зіграти методика сократівського діалогу.

Сократівський діалог - метод раціональної терапії, що має на меті корекцію непослідовних, суперечливих бездоказових суджень пацієнта, здійснювану на основі переконання за допомогою логічної аргументації.

Під час бесіди психотерапевт ставить запитання пацієнтові таким чином, щоб той давав лише позитивні відповіді, на основі чого пацієнт підводиться до прийняття судження, яке на початку бесіди не приймалося, було незрозумілим або невідомим. Прикладами бездоказових суджень можуть бути такі: «Я боюся висоти, бо впав з даху»; «Я дратуюся, бо був на змаганнях»; «Я п'ю, бо в мене стрес» тощо. Психотерапевт, використовуючи методику «сократівського діалогу», аргументовано доводить пацієнтові, що, наприклад, причиною його дратівливості є не перебування у спортивному поєдинку, а його суб'єктивне сприйняття певних ситуацій життєдіяльності та загострена реакція на них.

Успіх раціональної психотерапії залежить від урахування індивідуальних установок пацієнта та його можливостей, послідовної систематичної роботи з ним.

У разі розвитку депресії, як реакції на психотравмувальний стрес, найефективнішими є методи, розроблені в рамках когнітивної психотерапії. Основна ідея, закладена в цих методах, полягає в припущенні, що нормальні реакції опосередковуються когнітивними процесами, які дають можливість людям точно сприймати навколишню дійсність. Відповідно при дестабілізації психічного стану ця здатність порушується, що своєю чергою призводить до когнітивних помилок. У реальній поведінці це проявляється в так званому «тунельному баченні», призводячи до негативної оцінки постраждалим себе, свого оточення і свого майбутнього. Пацієнт починає керуватися у своїй поведінці жорстко детермінованими ірраціональними установками. Наприклад:

«мене ніколи не зрозуміє людина, яка не пережила цього» або «після того, що я пережив, я ніколи не зможу виконувати колишню роботу» тощо.

Зважаючи на це, основна психокорекційна стратегія спрямовується на допомогу пацієнтові в пошуку та ідентифікації дезадаптивних тверджень із подальшим переосмисленням і заміною цих тверджень на більш адаптивні. Найефективнішим прийомом є виокремлення прихованого сенсу дезадаптивного твердження з метою показати пацієнтові всю алогічність та ірраціональність негативної установки мислення.

*Раціонально-емотивна терапія Альберта Еліса (RET)*, як один із методів когнітивної психотерапії, ґрунтується на положенні про те, що безпосередній основний вплив на емоційні наслідки (С) чинять не активуючі події нашого життя (А), а система переконань і уявлень (В). Завдання RET полягає в тому, щоб допомогти пацієнтові набути здатності оскаржити (D) свої ірраціональні уявлення і змінити їх, а так само знайти нову життєву філософію (Е), звільнившись від ідеї самозвинувачення. Раціональні уявлення - думки, що допомагають переживати доречні почуття і поводитися адекватно. Вони бувають двох видів:

- 1) Констатувальні роздуми про те, що відбувається в житті пацієнта. Наприклад: «Людина, з якою я спілкуюся, хмуриється. Вона може вирішити, що я поганий співрозмовник». У реченні йдеться про те, що робить людина, а не про те, яку оцінку їй дають.
- 2) Ті, що виражають бажання та уподобання пацієнта. Наприклад: «Я хочу спілкуватися з цією людиною, і тому мені не подобається її похмурий погляд. Я хочу, щоб він перестав похмуритися і глянув на мене з посмішкою».

Ірраціональні уявлення думки, які сприяють формуванню неадекватних (недоречних) почуттів і невідповідної поведінки. Вони бувають трьох видів:

- 1) Категоричний висновок («Схоже, ця людина мене явно не полюбила!»)

2) Категоричне оціночне твердження («Я хочу, щоб він ставився до мене добре»).

3) Категорична вимога («повинноманія»), наприклад: «Будь-яким шляхом я повинен справити гарне враження на цю людину, я просто зобов'язаний це зробити».

Люди, які перенесли психотравмувальний стрес, можуть жорстко і неухильно дотримуватися своїх ірраціональних уявлень, вважаючи, що в них усе має виходити добре, як раніше, що їх мають жаліти оточуючі і справедливо ставитися до них. Зустрічаючи невідповідність між своїми уявленнями і реальністю, психотравмований пацієнт відчувається тривожно, пригнічено, він озлоблений, жаліє або ненавидить себе.

Завдання психолога допомогти людині усвідомити свої ірраціональні уявлення і змінити їх.

РЕТ виходить із положення, що, перебуваючи в стані паніки або депресії, люди шляхом зміни свого погляду на речі здатні подолати руйнівні почуття і почати жити щасливіше і спокійніше.

РЕТ являє собою метод психотерапії, заснований на раціональному логічному переконанні клієнта в можливості змінити своє ставлення до «безвихідної» ситуації, шляхом переведення його в проблемній ситуації з ірраціональних установок на раціональні. Робота будується з урахуванням схеми А, В, С і має низку етапів. Перший етап кларифікація, прояснення параметрів події (А), зокрема параметрів тих, що найбільш емоційно зачепили клієнта, викликали в нього неадекватні реакції.

Другий етап ідентифікація наслідків (С), насамперед афективних впливів події. На цьому етапі відбувається робота з ірраціональними установками, які виявляють за словами, що відображають крайній ступінь емоційної залученості клієнта (жахливо, приголомшливо, нестерпно тощо), які мають характер

обов'язкового припису (потрібно, треба, мусиш, зобов'язаний тощо), а також глобальних оцінок особи, об'єкта або події. Відповідно до видів ірраціональних уявлень А.Елліс виокремив чотири найпоширеніші групи ірраціональних установок, що створюють проблеми:

- 1) катастрофічні установки,
- 2) установки обов'язкового обов'язку,
- 3) установки обов'язкової реалізації своїх потреб,
- 4) глобальні оціночні установки. Мета етапу досягнута, коли в проблемній царині виявлено ірраціональні установки.

Третій етап реконструкція ірраціональних установок. Реконструкція відбувається на одному з трьох рівнів: когнітивному (шляхом доказу), рівні уяви, рівні поведінки (прямої дії). Під час роботи на рівні уяви клієнт подумки занурюється в психотравмувальну ситуацію. Він повинен максимально повно випробувати колишню емоцію (при негативній уяві) або уявити колишню ситуацію з позитивно забарвленою емоцією (при позитивній уяві). Це повторюється до зменшення інтенсивності випробовуваних емоцій.

Четвертий етап - закріплення адаптивної поведінки за допомогою домашніх завдань, які пацієнт виконує самостійно.

Методика включає низку послідовних вправ із подолання ірраціональних вірувань, які проводяться на різних рівнях (когнітивному, уяви та поведінки). Методи поведінкової психотерапії націлюються на формування в постраждалих адаптивних навичок і звичок поведінки в психотравмуючих ситуаціях. Найприйнятнішими з них: для купірування стресу симптомів є метод систематичної десенсибілізації (Joseph Wolpe), метод імерсії, метод парадоксальної інтенції, метод десенсибілізації рухами очей (ДДГ), і 6-ти кроковий рефреймінг.

Розглянемо послідовно найдоступніші для освоєння з числа представлених методів.

Метод систематичної десенсибілізації ґрунтується на поведінковому принципі протизастереження, який стверджує, що пацієнт може подолати дезадаптивну поведінку, спричинену ситуацією або предметом, шляхом поступового наближення до ситуацій, що викликають страх, нівелюючи тривогу, яка при цьому виникає, станом релаксації. Страх, тривогу можна придушити, якщо об'єднати в часі стимули, що викликають страх, і стимули, антагоністичні страху. Таким стимулом є релаксація. Сутність методики полягає в тому, що у пацієнта, який перебуває у стані глибокої релаксації, викликають уявлення про ситуації, що призводять до виникнення страху. Потім шляхом поглиблення релаксації він знімає виниклу тривогу. В уяві уявляються різні ситуації, від найлегших, до важких, що викликають найбільший страх. Процедура закінчується, коли найсильніший стимул перестає викликати у людини страх. Виділяють три етапи процедури:

1. перший - оволодіння методикою м'язової релаксації (за Джекобсоном);
2. другий - складання ієрархії ситуацій, що спричиняють страх (людина, що перенесла стрес, складає список ситуацій від найлегших до найважчих);
3. третій - власне десенсибілізація (поєднання уявлень про психотравмувальну ситуацію з релаксацією). На даному етапі обговорюється методика зворотного зв'язку: інформування людиною психолога про наявність або відсутність у неї страху в момент представлення ситуації. Пацієнт уявляє ситуацію 5-7 секунд, потім усуває виниклу тривогу шляхом посилення релаксації. Період триває до 20 секунд. Протягом одного заняття відпрацьовується 34 ситуації зі списку.

З метою корекції страхів поряд із методикою систематичної десенсибілізації застосовується метод «імерсії» (загасання, згасання, занурення). Метод «імерсії» - метод поведінкової психотерапії, заснований на демонстрації пацієнту об'єктів, що викликають страх, без розслаблення, але в присутності психотерапевта. Головною технікою є систематична експозиція

(демонстрація, пред'явлення) об'єкта страху. До імерсивних методик належить також метод «парадоксальної інтенції» метод В. Франкла. Франкла, заснований на здійсненні пацієнту того, чого він боїться, з почуттям гумору. Метод застосовується за фобії страху очікування повторення симптому. Наприклад, спортсмен, який впав у нокаут, боїться знову вийти на ринг. У цій ситуації гумор дає можливість зайняти дистанцію щодо самого себе, свого страху і тим самим здобути над собою повний контроль. Парадоксальна пропозиція формулюється в гумористичній формі. Під час роботи цим методом важливо, щоб пацієнт сам захотів здійснити те, чого він боїться зробити.

На відміну від методу систематичної десенсибілізації, у методах «імерсії» та «парадоксальної інтенції» не використовується стан релаксації, тому їх можна застосувати для роботи з психічними травмами малої інтенсивності та невротичними страхами.

*-Особистісно-орієнтована психотерапія к. роджерса.*

Веgetативні порушення і симптоми вторгнення у свідомість образів, спогадів та емоцій, пов'язаних зі змістом психотравмувальної ситуації, часто супроводжується сильним дистресом. Для нього характерні порушення психологічної адаптації, зниження успішності професійної діяльності, загального зниження соціальної успішності. Усе це може призводити до значних порушень міжособистісної взаємодії, сприяючи зниженню самооцінки самосприйняття постраждалого. Найбільш ефективним методом у цьому випадку є особистісно-орієнтована психотерапія. Психологічна допомога в цьому випадку ґрунтується на принципі, що тільки сам пацієнт є, зрештою, відповідальним за всі емоції та відчуття, які він відчуває. Пацієнт відповідальний за той вибір, який він робить, і якщо він обирає бути нещасним і жити в минулому, то це його право і його відповідальність. Основною метою цього виду психотерапії є зміна ставлення потерпілого до факту наявності в його житті психотравмувальної ситуації, зокрема нокауту.

Типовими стратегіями психотерапевтичної допомоги будуть такі, взаємопов'язані одне з одним положення.

1. Спортсмен звертається по допомогу, прийнявши самостійне рішення. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб він усвідомив незалежність свого рішення і взяв на себе відповідальність за роботу над своїми проблемами. Він дає зрозуміти, що пацієнт повинен сам створити умови, в яких можуть бути вирішені його проблеми.
2. Психотерапевт стимулює вільний прояв почуттів, пов'язаний із проблемою. Це досягається дружнім, прихильним і зацікавленим ставленням. Приклад: «Пацієнт, який переніс психотравмувальний стрес, пов'язаний із втратою, висловлює невдоволення з приводу неухважності родичів до його проблеми». Психотерапевт у жодному разі не перешкоджає такому потоку ворожості та критичних зауважень.
3. Спеціаліст (психотерапевт) розпізнає, приймає і прояснює ці негативні почуття. Реагує не на те, що говорить пацієнт, а на ті почуття, що ховаються за цим. Завдання полягає в тому, щоб своїми словами або діями створити атмосферу, в якій людина могла б усвідомити свої негативні почуття і прийняти їх як частину самої себе, замість того, щоб проєктувати їх на інших або приховувати їх за допомогою захисних механізмів. Тут доречні такі фрази як «Вам гірко говорити про це», «Те, про що ви говорите, звучить так, наче ви почуваетесь винним».
4. Після вираження негативних почуттів пацієнтом, слідує нерішучий прояв позитивних імпульсів, які сприяють зростанню його самосвідомості. Що сильніше і глибше вираження негативних почуттів (за умови, що їх усвідомлюють і приймають), то більша ймовірність подальшого прояву позитивних почуттів (прагнення до зрілості, любові, самоповаги).
5. Психотерапевт визнає і приймає висловлювані пацієнтом позитивні почуття, але в сприйнятті немає ні схвалення, ні похвали. Вони розглядаються як частина особистості, як і негативні прояви. У такій

ситуації взаємодії спонтанно настає просвітлення, інсайт, несподіване розуміння самого себе. Пацієнт щиро висловлюється, наприклад: «Тепер я знаю, чому відчуваю такі почуття стосовно родичів, я завжди звертався до них по допомогу, не сподіваючись на самого себе».

6. Після прояснення проблем пацієнтом, психотерапевт допомагає йому прояснити можливість вибору, постаратися зробити усвідомленим почуття страху і нестачу мужності рухатися далі, які наразі відчуває людина.

Таким чином, ця форма психологічної допомоги являє собою впорядкований і узгоджений процес, у якому створюються необхідні для відновлення умови, що допомагають під час взаємодії з спортсменом, що потребує подолання наслідків посттравматичного стресу.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.

1. Антоненць ВМ. Емоційна стійкість як складова психологічної підготовки юних волейболістів до ефективної змагальної діяльності. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія : Психологічні науки. № 1. 2016.- С. 19-32.
2. Бочелюк В.Й. Черепехіна ОА. Психологія спорту. Бочелюк О.А. редактор. Київ: Центр навч. літератури, 2022. –224 с
3. Бранон, Фейст, Лінда, Джесс (2009). Особистісні стратегії подолання (англ.). Уодсворт Cengage Learning. с. 121–123. ISBN 978-0-495-60132-6.
4. Бугайова Н.М. Адаптивний потенціал людини та стресова резистентність: синергетичний контекст / Н. М. Бугайова // [Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології](#). - 2012. - Т. 24, ч. 5. - С. 33-41.
5. Єфімова О.А., Кириленко Т.С. Психологічний аналіз переживання психотравмуючих ситуацій у спортивній діяльності. Київський університет ім. Т.Шевченка. Вісник. Соціологія. Психологія. Педагогіка. Випуск 7. 1999 р. – С. 48 – 58.
6. Вдовиченко А. В. «Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях» // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету (серія «Психологічні науки») — 2013/114. — с. 17-20.
7. Вейнберг Р. С. Психологія спорту / Р. С. Вейнберг, Д. Гоулд; пер. з англ. – К.: Олімп. л-ра, 2001. – 336 с
8. Височіна НЛ. Психологічне забезпечення у системі підготовки спортсменів в олімпійському спорті. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України; 2018 [Цитовано 2 квіт. 2024]. 409

- с. Доступно на: [https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/anons\\_zuhyst/diss\\_vysochina\\_n.l.pdf](https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/anons_zuhyst/diss_vysochina_n.l.pdf)
9. Волков Л. В. Теория и методика детского и юношеского спорта / Л. В. Волков. – К.: Олимп. литература, 2002. – 295 с.
  10. Воронова ВІ. Психологія спорту: навч. посіб. Київ: Олімпійська література; 2007. 298 с.
  11. Гринь О. Р. Психологічні ресурси подолання посттравматичного стресу у спортсменів / О. Р. Гринь, К. П. Зора // Слобожан. наук.-спорт. вісн.: наук. теорет. журн. – Х. : ХДАФК. № 4. 2009. – С. 155–157
  12. Гринь ОР. Психологічне забезпечення та супровід підготовки кваліфікованих спортсменів: навч. посіб./О.Р.Гринь. -2-ге вид., без змін.- К.: НУФВСУ, вид-во «Олімпійська література», 2024. 276 с.
  13. Гринь АР., Зора КП. Емоціонально-волевої ресурс преодоления посттравматического стресса у спортсменов / А. Гринь, К. Зора // Наука в олимпийском спорте. № 4. 2016.—С.78-84. Доступно на: <http://reposit.uni-sport.edu.ua/handle/787878787/2069>
  14. Євтух М.Б., Лузик Е.В., Ільїна Т.В. Математичне моделювання в психологічних та соціологічних дослідженнях. Євтух МБ, редактор. Київ: Видавничій Дім «Кондор», 2017 р. 426 .с.
  15. Іваній ІВ. Психологія фізичного виховання та спорту. Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка; [Цитовано 2 лют. 2024] 203с.  
Доступно на: [https://library.sspu.edu.ua/wcontent/uploads/2018/04/Ivaniy\\_Psic\\_hologiya\\_fizichnogo.pdf](https://library.sspu.edu.ua/wcontent/uploads/2018/04/Ivaniy_Psic_hologiya_fizichnogo.pdf)
  16. Кириленко Т.С. Проблемність переживань психотравматичних ситуацій. Київський університет ім. Т.Шевченка. Вісник. Соціологія. Психологія. Педагогіка. Випуск 5. 1998 р. – С. 46 – 48.
  17. Клименко ВВ. Психологія спорту. Київ: МАУП; 2006. [Цитовано 4 бер. 2024]. 424 с. Доступно на:

[https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p08\\_51.pdf](https://maup.com.ua/assets/files/lib/book/p08_51.pdf)

18. Козин А.П. Психогигиена спортивной деятельности. – К.: Здоров'я, 1985. – 128 с.
19. Костюкевич В.М. Теорія і методика спортивної підготовки (на прикладі командних ігрових видів спорту) 105 : навчальний посібник. – Режим доступу: [https:// library. vspu.edu.ua/polki/akredit/kaf\\_ 5/ kostukevich11.pdf/](https://library.vspu.edu.ua/polki/akredit/kaf_5/kostukevich11.pdf) Вінниця: Планер, 2014. – 616 с.
20. Крайнюк В.М. Порівняльний аналіз індивідуально-психологічних властивостей стресостійкості рятувальників у посттравматичний період / В.М.Крайнюк // Наука освіта: Наук.-практ. журн. Півден. наук. центру АПН України. Спецвипуск: Психологія особистості, досвід минулого - погляд у майбутнє. – 2004. – С.142-146.
21. Краснокутский М.І. Стан передстартової готовності спортсменів: екскурс психологічних досліджень Друк Вісник Національного університету оборони України. – Вип. 4(29) Збірник наук. праць. – К.: НУОУ, 2012. – С.179 - 183.
22. Кутек Т. Б., Вовченко І. І. Основи теорії і методики спортивної підготовки: навчальний посібник. – Житомир: ЖДУ імені І. Франка, 2022 – 108 с.
23. Левенець В.М., Лінко Я.В. Спортивна травматологія: навчальний посібник. – К.: Олімпійська література, 2008. – 215 с.
24. Миронова З.С., Хейфейц Л.З. Профилактика и лечение спортивных травм. М., 1965.
25. Михалюк Є.Л., Малахова С.М., Черепок О.О. Медико-біологічні, педагогічні та фізіотерапевтичні заходи відновлення спортсменів. Навч. посібн. Запоріжжя: ЗДМУ, 2016. 75 с.
26. Платонов В.М. Психологическая подготовленность и психологическая подготовка спортсменов / В.М. Платонов // Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте. – К.: Олимпийская литература, 2004. – С. 345.

27. Платонов В.Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте / В.Н. Платонов. – К.: Олимпийская литература, 1997. – 577 с.
28. Платонов В.Н. Травматизм и заболеваемость в спорте. // Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте. – К.: Олимпийская литература, 1997. – С. 545 – 553
29. Психология. Спортивная психология. Возрастные особенности спортсменов [Интернет]. [Обновлено 2020 Січ 13; цитовано 2020 Трав 2]. Доступно: <http://www.fizkulturai sport.ru/psixologiya.html>.
30. Психология спортивной деятельности и тренировочного процесса [Интернет]. [Обновлено 2020 Бер 4; цитовано 2020 Трав 26]. Доступно: <http://psychology.net.ru/dictionaries/psy.html?word=767>.
31. Спортивные травмы. Основные принципы профилактики и лечения / Под ред. П. А. Ренстрем. – К.: Олимп. лит., 2002. – 378 с.
32. Тесты psychologies. [Интернет]. [Обновлено 2020 Січ 28; цитовано 2020 Вер 25]. Доступно: <http://www.psychologies.ru/>.
33. Туриніна ОЛ. Психологія творчості: навч. посіб. [Интернет]. Київ: МАУП; 2007. 160 с. [Обновлено 2019 Вер 15; цитовано 2020 Січ 25]. Доступно: [http://maup-sevastopol.narod.ru/e\\_katalog/p08\\_52.pdf](http://maup-sevastopol.narod.ru/e_katalog/p08_52.pdf).
34. Селье, Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс; 1979. 125 с.
35. Сопов ВФ. Психическое состояние монотонии в спортивной тренировке: учеб. пособ. Алма-Ата: М-во высш. и средн. спец. образования Казахской ССР, Казахский ИФК; 1985. 84 с.
36. Сопов В.Ф. Шкала мотивационного состояния спортсмена (методика исследования). – Алма-Ата: Казахский ИФК, 1985. – с. 2-6.
37. Спортивные травмы. Клиническая практика предупреждения и лечения / под общ. ред. Ренстрёма П.А.Ф.Х. - Киев, «Олимпийская литература», 2003.

38. Стельмахук ХР., Психологічні проблеми сучасності: Тези XII науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. Львів, 14-15 травня 2015 року. – Львів, 2015. – 78 с.
39. Ткачук Т. А. «Копінг-поведінка: стратегії та засоби реалізації» Ірпінь: УДФСУ, 2011. 286 с.
40. Филатов А.Т. Аутогенная тренировка. – К.: Здоровье, 1987. – 128 с.
41. Фишер Л.А., Висберг К.А. Рекомендации по использованию спортивной психологии в лечении спортсменов// Спортивная медицина сегодня. – 2006. - №5(8). – с. 41-43.
42. Шинкарук ОА. Стрес та його вплив на змагальну діяльність. Київ: Національний університет фізичного виховання і спорту України; 2023 [Цитовано 1 квіт. 2024]. 24 с. Доступно на: [https://www.researchgate.net/publication/323366029\\_Stres\\_ta\\_jogo\\_vpliv\\_na\\_zmagalnu\\_ta\\_trenovalnu\\_dialnist\\_sportsmeniv](https://www.researchgate.net/publication/323366029_Stres_ta_jogo_vpliv_na_zmagalnu_ta_trenovalnu_dialnist_sportsmeniv)
43. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов/ ред. А. Т. Филатов. Киев: Здоров'я; 1982. 296 с.
44. Arnold M. Stress and emotion. J. of Psychological stress. 1967. N 4. P. 123-140.
45. Eysenck HJ. Biological aspects of personality. London; 1965.
46. Friedman MI, Stricker EM. The physiological psychology of hunger: a physiological perspective. 1976. Vol. 83, Psychological Review; p. 401-31.
47. Kobasa S. Commitment and coping in stress resistance among lawyers. J. of Personality and Social Psychology; 1982. Vol. 42. p. 707-17.
48. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. N.Y.; 1966. 466 p.
49. Thomaе H. Theory of aging and cognitive theory of personality. 1970. Vol. 12, Human development. p. 116.
50. Mir-La.com [Интернет]. [Оновлено 2020 Січ 3; цитовано 2020 Трав 22]. Доступно: <http://www.mir-la.com/924-vladimir-tipaev-rasskazal-o-tonkostyax-fizicheskoy-i-psixologicheskoy-podgotovki-sportsmenov.html>.

51. Psylist – психологический образовательный сайт [Интернет]. [Обновлено 2019 Лист 23; цитовано 2020 Трав 11]. Доступно: <http://psylist.net/>.
52. Psyznaiyka. Способности, одаренность, талант [Интернет]. [Обновлено 2019 Жов 30; цитовано 2020 Черв 16]. Доступно: <http://psyznaiyka.net/view-sposobnosti.html?id=vidy-sposobnostei>
53. Girod, A. How to manage stress before and during matches / Girod, A // ITF, Coaches review. – 2005. - № 35, - 13-14 p.
54. Girod, A. Self-confidence / Girod, A // ITF, Coaches review. – 2001. - № 25. – 9-10 p.
55. Vidal, R.M. Mental expectations / Addressing Key Questions and Learning from Nole // ITF Coaching. – 2011.
56. <https://espnpressroom.com/us/press-releases/>
57. <http://en.coaching.itftennis.com/media/108085/108085.pdf>
58. <https://cutt.ly/VROhONg>
59. <https://cutt.ly/HROhTUL>
60. <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v7/i32/4.pdf>
61. [http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/2777/1/%D0%9C%D0%90%D0%9A%D0%95%D0%A2\\_%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81\\_%D0%A71.pdf](http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/2777/1/%D0%9C%D0%90%D0%9A%D0%95%D0%A2_%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81_%D0%A71.pdf)
62. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9\\_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D0%B4](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%B9_%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D0%B4)  
[https://psyttests.org/diag/iesr.htmlB8%D0%B9\\_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4](https://psyttests.org/diag/iesr.htmlB8%D0%B9_%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BB%D0%B0%D0%B4)
63. <https://psyttests.org/diag/iesr.html>
64. <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-93804-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-specializovana-dopomoga>

65. [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0\\_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%B0_%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0)
66. <http://medbib.in.ua/psihologicheskaya-pomosch-preodolenii.html>