

Когнитивно-поведенческое вмешательство в спортивной психологии: применение экспозиции для снижения тревоги спортсменки

Cognitive Behavioral Intervention in Sport Psychology: A Case Illustration of the Exposure Method with an Elite Athlete, 2016

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1267421/FULLTEXT01.pdf>

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) сегодня рассматривается многими психологами как наиболее доказательный метод лечения ряда психических нарушений (например, Hofmann, Asmundson, & Beck, 2013). В спортивной психологии КПТ применяется в форме когнитивно-поведенческого тренинга (Gustafsson & Lundqvist, 2016), с помощью которого спортсмены изменяют свое дисфункциональное поведение (например, избегать определенные провоцирующие тревогу ситуации), на функциональное поведение (например, следовать плану игры или исполнять штрафной удар, несмотря на ощущение тревоги).

КПТ объединяет две психологические теории - поведенческую и когнитивную. Большая часть прикладных работ, опубликованных до сегодняшнего дня в литературе по спортивной психологии, опираются на ранние традиции когнитивно-поведенческой терапии, получившие развитие в конце 60-х и в 70-е годы, когда было сильно влияние когнитивной теории (Whelan, Mahoney, & Meyers, 1991). Однако меньшее внимание уделяется техникам поведенческой терапии, являющейся составной частью КПТ. Поведенческая терапия делает акцент на теории научения, краеугольными камнями которой являются респондентное обусловление, оперантное обусловление и моделирование, посредством которых, как считается, человек учится как адаптивным, так и дезадаптивным формам поведения. Одним из важных видов вмешательства в поведенческой терапии является экспозиция. Хотя она широко используется в КПТ, в спортивной психологии существует недостаток литературы по этой теме. Поэтому наша цель - дать представление об использовании экспозиции в соревновательном виде спорта - лыжах.

Экспозиция

Эффективность экспозиции при различных фобиях и тревожных расстройствах, например, социальной фобии, паническом расстройстве, обсессивно-компульсивном расстройстве считается доказанной (см. Craske & Barlow, 2008; Franklin & Foa, 2008; Hazlett-Stevens & Craske, 2009; Weck, Neng, Schwind, & Höfling, 2015; Turk, Heimberg, & Magee, 2008). Находится все больше данных, свидетельствующих о том, что различные эмоциональные нарушения (например, тревожные расстройства) имеют общую этиологию и механизмы, что говорит о целесообразности применения единого подхода в их лечении (Barlow, Allen, & Choate, 2004). В таком едином подходе к лечению тревожных расстройств экспозиция в сочетании с

запретом избегания и поощрением функционального поведения (например, поведения, ведущего к улучшению результатов) рассматривается как один из ключевых элементов (Barlow et al., 2011). Поскольку контекст для страха и аверсивных эмоциональных реакций человека может быть как внешним, так и внутренним, воздействие можно разделить на воздействие *in vivo* (в реальной жизни) и интероцептивное воздействие (на внутренние телесные ощущения в ходе сеансов терапии; Hazlett-Stevens & Craske, 2009). Воздействие *in vivo* уместно, когда человек испытывает тревогу по поводу ситуаций, объектов или других сигналов в окружающей среде и пытается избежать этих ситуаций с помощью различного поведения (Hazlett-Stevens & Craske, 2009). В таких ситуациях путем повторного воздействия и привыкания к субъективно угрожающим стимулам можно добиться не только угасания сигнала тревоги, но и когнитивных изменений в оценке стимулов (Sisemore, 2012). Интероцептивное воздействие бывает необходимым, когда человек привык направлять свое внимание на внутренние телесные сигналы (например, повышение частоты сердечных сокращений, головокружение, увеличение частоты дыхания, замирание и ощущение усталости) и негативно оценивать их. Из современной теории научения известно, что такие внутренние сигналы бывают связаны с неким пережитым ранее страхом, и поэтому ощущение в теле таких сигналов также вызывает страх и избегающее поведение (Barlow et al., 2004). Помогая клиенту с помощью серии упражнений на сессии вызывать различные телесные сигналы страха, можно разорвать ассоциацию между телесными сигналами и опасностью (Forsyth, Fusé, & Acheson, 2008).

Хотя многие исследования описывают *in vivo* и интероцептивную экспозицию как основополагающие методы при лечении тревожных синдромов (Barlow et al., 2004; Clark & Beck, 2010), литературы об этом виде вмешательства в спорте крайне мало. Напротив, исследования в области спортивной психологии больше сосредоточены на стратегиях снижения стресса или негативного аффективного состояния (Rumbold, Fletcher, & Daniels, 2012) вместо того, чтобы изучать как действует на спортсменов воздействие стимулов, вызывающих страх. В своем систематическом обзоре различных видов вмешательств для снижения стресса, опубликованного в 2012 году, Румбольд и коллеги заявляют, что необходимо продолжать поиск более эффективных и теоретически обоснованных видов вмешательства, которые бы показали большее влияние на спортивные результаты. В данной статье мы хотим показать, как экспозиция может быть эффективным методом, улучшающим спортивные результаты, и снижающим дистресс спортсмена.

Экспозиция на практике: история лечения тревоги у юной лыжницы

В нашем исследовании принимала участие 17-летняя лыжница. Она считалась перспективной элитной спортсменкой в своей возрастной группе,

но не достигала высоких результатов в соответствии с принятыми стандартами. Во время первой консультации она рассказала, что в предыдущую предсезонку "тренировалась слишком много и слишком интенсивно", и описала симптомы синдрома перетренированности, такие как длительная усталость (Meeusen et al., 2013). Во время соревнований предыдущего сезона лыжница заняла последнее место, и это стало для нее шоком. Такой результат задел ее, она испытала сильный стыд. В результате она начала сильно нервничать перед соревнованиями, в особенности ее тревожили подъемы на трассе. Эта тревога сохранялась в течение всего сезона, и теперь, когда новый сезон только начался, она так волновалась перед соревнованиями, что даже пропустила из-за тревоги одно соревнование. Во время нашей первой сессии был составлен список проблем (Willis & Sanders, 2013), в котором спортсменка указала неудачные выступления как часть проблемы, но в качестве основной психологической проблемы назвала тревогу, связанную с гонками. Спортсменка заявила: "Я просто хочу выступать, как раньше, без этой тревоги".

Поведенческий анализ.

Экспозиционное вмешательство обычно начинается с оценки того, каких ситуаций и объектов спортсмен боится и избегает (Hazlett-Stevens & Craske, 2009). Анализ избегающего поведения проводится в тесном сотрудничестве между психологом и спортсменом: они вместе тщательно изучают конкретные ситуации, чтобы выяснить, что предшествовало возникновению проблемы, определяют функции когнитивных, эмоциональных и поведенческих, а также краткосрочные и долгосрочные последствия ситуации. При помощи поведенческого анализа выдвигается гипотеза и определяются ключевые факторы, которые поддерживают скрытое или публичное поведение.

Следующим шагом при применении экспозиции является разработка иерархии страхов, в которой по порядку располагаются ситуации от тех, которые ассоциируются с умеренной тревогой, до ситуаций, вызывающих сильный страх (Craske & Barlow, 2007). Эти ситуации оцениваются по шкале субъективных единиц дискомфорта (SUDS; Abramowitz et al., 2011), которая варьируется от 0 (отсутствие тревоги) до 100 (крайняя степень тревоги). В нашем исследовании мы составили список ситуаций, вызывающих страх, и расположили их от наименее до наиболее устрашающих. В данном случае ситуациями, вызывающими наибольший страх, были соревнования, но тревогу вызывали и ситуации во время тренировок со сверстниками. В ходе подготовки или перед началом соревнований даже разговор с друзьями ассоциировался с дистрессом. Таким образом, тревога усиливалась перед забегом и возрастала по мере приближения старта. Тревога достигала пика во время подъемов в гору, когда у спортсменки возникало чувство усталости и жжение в бедрах, связанное с выработкой молочной кислоты (Hoffman, 2002). У тревожных людей часто возникают мысли о будущем, связанные с угрозой, в своих мыслях они предвосхищают буду-

щие негативные события (Clark & Beck, 2010). В данном случае спортсменка начинала беспокоиться о гонке за несколько недель до ее начала. Она даже избежала участия в одной из гонок из-за сильной тревоги, хотя и присутствовала на соревнованиях как зритель. Когда спортсменка испытывала неприятные ощущения в бедрах, ее реакцией было снижение темпа на трассе в ходе соревнований, избегание тренировок со своими сверстниками в академии, а также избегание участков с подъемами во время тренировок.

Следующим этапом анализа поведения было изучение краткосрочных и долгосрочных последствий этого поведения. В целом, краткосрочные последствия (что следует за поведением "прямо сразу") являются наиболее мощным подкреплением для поведения. В данном случае, когда лыжница замедлила темп и избегала участков подъема, тревога уменьшалась. Подобный поведенческий сценарий, скорее всего, со временем приведет к ухудшению развития и спортивных результатов, и, скорее всего, будет закреплён кратковременным снижением тревоги. Альтернативой этому дисфункциональному поведению будет приобретение нового опыта, опыта проверки истинной опасности, присутствующей в ситуации.

Как утверждает поведенческая теория, поведения может измениться, если в процессе вмешательства появляется новая информация (Farmer & Chapman, 2008).

Психообразование.

Психообразование - необходимый этап вмешательства, когда спортивный психолог помогает лыжнику узнать о дисфункциональных моделях поведения (т.е. мыслях, чувствах/физических ощущениях и поведении), их функциях и обосновывает поведенческое вмешательство. По нашему опыту, психообразование часто приносит спортсмену значительное облегчение, поскольку он начинает лучше понимать, что проблема, с которой он столкнулся, часто встречается в спорте, и что существуют эффективные стратегии, основанные на научно обоснованных исследованиях, которые помогут преодолеть эту проблему (Clark & Beck, 2010). Участница нашего исследования, как и многие тревожные спортсмены, разработала стратегии, позволяющие ей избежать ситуации или уменьшить дискомфортную эмоциональную реакцию путем использования безопасного поведения (например, поиск уверенности или комфорта в окружающей обстановке или использование различных техник "успокоения"). Ей было разъяснено, что эти стратегии не эффективны в долгосрочной перспективе, и только поддерживают проблему. Кроме того, спортсмену объяснили, что тревога - это выученная реакция, возникающая в результате активации вегетативной нервной системы (ВНС) на конкретную ситуацию или стимулы, но, что важно, сама по себе тревога обычно не опасна, хотя и вызывает дискомфорт (Abramowitz, Deacon, & Whiteside, 2011). Любое скрытое или публичное поведение, адаптированное для того, чтобы избежать эмоции тревоги, не позволяет спортсмену узнать о реальной опасности ситуации/стиму-

лов, также развить стрессоустойчивость - способность заниматься спортом при наличии различных эмоций.

Лыжница была проинформирована о том, что вмешательство будет проходить под руководством тренера и будет включать в себя воздействие на ее страхи, начиная с ситуации, вызывающей умеренную тревогу, и постепенно повышая уровень сложности в соответствии с иерархией тревоги.

Спортивный психолог также объяснил, что спортсменке будет предложено оставаться в ситуации до тех пор, пока она не поймет, что опасность, о которой сигнализирует ее организм, преувеличена. В результате, когда спортсмен перестает бояться собственной эмоциональной реакции, тревожность снижается. Как только спортсмены понимают механизмы появления и поддержания тревожности, они оказываются способны помочь себе сами: (а) выполнять те действия, которые необходимы для достижения результатов, и (б) воздерживаться от избегания неприятных ситуаций из-за симптомов тревоги. Для того чтобы лечение было эффективным, и чтобы родители и тренер лыжницы могли помочь спортсменке и не препятствовать лечению, они также были ознакомлены (с ее согласия) с обособлением экспозиции, включая то, как связаны избегание и тревога. (Craske & Barlow, 2007).

Хотя члены семьи и близкие люди могут быть важны на ранних стадиях лечения, помогая спортсмену, поощряя его к поведенческим экспериментам и воздействию, они также могут стать помехой лечению тревоги, участвуя в дисфункциональном поведении "поиск безопасности" (Clark & Beck, 2010). Один из авторов статьи работал со спортсменкой тренер которой невольно стал для спортсменки сигналом безопасности во время разминки, спортсменка чувствовала себя менее тревожно, когда тренер присутствовал, и в итоге спортсменка не могла разминаться без тренера. В нашем случае родителей проинструктировали как помочь спортсменке, сначала сопровождая ее при выполнении домашнего задания (экспозиция ситуациям, вызывающим страх, таким как общественные места на стадионе или конкретные люди), а затем позволив ей делать все самостоятельно.

Воздействие на физические ощущения.

Важной частью вмешательства стало разъяснение, что симптомы тревоги, хотя и воспринимаются как пугающие, на самом деле вполне безвредны. Этот эффект был достигнут путем воздействия на телесные ощущения в ходе сессий (Clark & Beck, 2010). Этот метод включал упражнения, которые заставляли спортсмена испытывать ощущения, схожие с симптомами тревоги, включая одышку, головокружение и учащенное сердцебиение. Эти ощущения достигались в ходе сессии с помощью простых, но эффективных упражнений, таких как задержка дыхания, вращение на крутящемся стуле, прыжки вверх-вниз на месте или гипервентиляция (Craske & Barlow, 2007). Часто один или два из этих внутренних симптомов сильно пугают спортсмена. В данном конкретном случае одышка и головокружение, полученные в ходе сессии, были близки к реальным ощущениям. Чтобы справиться с

этими симптомами на соревнованиях, спортсменка замедляла темп. Эти упражнения были многократно повторены на сессии, что снизило уровень тревоги с 90 до 70 баллов (из 100). Спортсменка поняла, что ее физические ощущения безвредны, что повысили ее уверенность в способности переносить симптомы (Craske & Barlow, 2007). Эта возросшая уверенность была полезна при воздействии в естественных условиях, где важна способность справляться со симптомами стресса. Это воздействие также может быть использовано для активации схем страха (т.е. воспоминаний, связанных со страхом) и дать спортсмену новую интерпретацию этих симптомов (Clark & Beck, 2010). Наша спортсменка рассказала, что ощущение молочной кислоты в мышцах (описанное как болезненное ощущение, связанное с чувством "тяжести в ногах") было пугающим и что поэтому она избегала ситуаций, вызывающих такие ощущения (например, катание на лыжах в гору). Это поведение избегания распространилось с опыта соревнований на тренировки.

Домашние задания являются одним из основных компонентов КПТ (Robinson, 2009). После первого воздействия на телесные сигналы, ощущения было решено, что спортсменка должна попытаться задерживать дыхание во время трех коротких упражнений каждый день дома и засечь свой прогресс до следующей встречи через неделю.

Воздействие *in vivo*.

После воздействия на телесные ощущения была запланирована экспозиция *in vivo*. Чтобы такое воздействие было эффективным, должны быть соблюдены два условия (Clark & Beck, 2010). Во-первых, в ходе экспозиции должны активироваться схемы страха. Это означает, что спортсмен должен быть хотя бы умеренно тревожным во время воздействия. Во-вторых, экспозиция должна представлять доказательства, опровергающие схемы страха. Мы хотим, чтобы спортсмен испытал усиление тревоги и в конечном итоге понял, что ничего страшного не произойдет. Как уже упоминалось, в сотрудничестве между спортсменом и спортивным психологом была разработана иерархия провоцирующих тревогу стимулов или ситуаций. Экспозиция продвигается от условий наименее неприятных к условиям, вызывающим наибольший страх. Сотрудничество между спортсменом и спортивным психологом важно во всех видах лечения с применением КПТ (Beck et al., 1979), но, возможно, наиболее важно это бывает перед экспозицией, так как это экспозиция всегда ведет к увеличению, а не уменьшению тревоги и дискомфорта. Другим аспектом является активное участие спортсмена, поскольку то, как он воспринимает контроль над тем, что произойдет, чрезвычайно важен (Antony & Swinson, 2000). Даже если спортивный психолог сможет помочь спортсменке бросить вызов самой себе, клиентка должна быть уверена, что ее не заставляют делать то, чего она не хочет сама. В нашем исследовании, мы вместе решили приобщить спортсменку к катанию на горных лыжах. Один из авторов статьи, будучи в прошлом лыжником, провел экспозицию на горных лыжах и после по-

вторения обоснования процедуры расположился на вершине холма, а спортсменка начала интервальную тренировку. Пройдя примерно половину подъема, спортсменка остановилась; у нее были сильные симптомы тревоги (она оценила их в 100 баллов по шкале 1-100). Затем ее проинструктировали сосредоточиться на дыхании, и когда она снова успокоилась, процедуру повторили три раза. Во второй раз она преодолела 75% пути вверх по склону, а в третий раз она смогла проехать на лыжах весь подъем, но уже с заметно меньшими симптомами: во второй раз ее оценка страха была 80, а в третий - 60 (по шкале от 1 до 100). После этого ее проинструктировали, что при спуске на лыжах с холма теперь ей необходимо задержать дыхание, так как это был один из самых страшных для нее симптомов. Во время трех интервалов катания на лыжах и задержки дыхания продолжительность интервала удвоилась, а уровень тревоги снизился с 80 до 50 по 100-балльной шкале самооценки. Снижение тревожности на 50% от персонального уровня считается успешным результатом экспозиции (Taylor, 2006).

Домашнее задание заключалось в повторении: нужно было дважды, интервалами на следующей неделе пройти все отрезки подъема в гору во время тренировок. Иногда эффект может быть очень быстрым и достаточно одного занятия (Öst, 1996), но для уверенности и для усиления эффекта мы использовали повторные занятия (Clark & Beck, 2010).

Поддержание и профилактика рецидивов.

Следующая сессия включала разбор домашнего задания (это общий компонент всех сессий КПТ; Barlow et al., 2011). Спортсменка выполнила запланированные задания с большим успехом. Во время интервальных занятий она выполнила пять повторений, что еще больше снизило ее тревожность (30 баллов по шкале тревожности 0-100), и теперь она не воспринимала эти занятия как неприятные. Во время занятий на длинных дистанциях она тестировала свою тревогу в ситуациях, ранее связанных с паническими атаками, когда тренировалась с друзьями в лыжной академии, и в результате не избежала ни одного подъема в гору. На последней консультативной сессии был разработан план того, как поддерживать новые навыки, и мы разработали программу работы с рецидивами (Westbrooke et al., 2010). Этот план включал в себя то, в каких случаях клиентке нужно будет вспомнить и применить полученные навыки, что дало возможность подготовиться к возможным будущим проблемам и предложить способы их решения. Кроме того, часто назначается повторная сессия, чтобы проверить, как идут дела (Butler, Fennell, & Hackmann, 2008), и в данном случае такая сессия была проведена через два месяца. Эта сессия включала обновление информации и обсуждение того, как спортсменка может продолжать свою работу с тревогой. К этой серии спортсменка уже тренировалась в полном объеме и использовала все полученные в предыдущих сессиях навыки .

Оценка вмешательства. До нашего вмешательства спортсменка избегала определенных ситуаций, включая соревнования, других спортсменов на месте соревнований, тренировок с друзьями и катание на лыжах в гору во время тренировок. После вмешательства спортсменка стала вести себя по-новому в ситуациях, которые ассоциировались с тревогой. Она перестала избегать тренировок с друзьями и могла выполнять интервальные тренировки в гору, не испытывая тревоги. Она также участвовала в соревнованиях и свободно общалась с друзьями в связи с лыжными соревнованиями. Также наблюдалось снижение уровня воспринимаемой тревоги.

Основная цель спортсменки - участие в соревнованиях с акцентом на достижении результатов, а не на тревоге - была достигнута, что свидетельствует о завершении вмешательства (Wills & Sanders, 2013).

Заключительные замечания

Когнитивно-поведенческая терапия, или, как бывает в спорте, когнитивно-поведенческий тренинг (Gustafsson & Lundqvist, 2016), основана на помощи спортсмену/клиенту в применении навыков, которые улучшат как его результаты, так и его самочувствие. В данном случае мы привели пример того, как КПТ и экспозиция могут быть использованы для помощи спортсменам в управлении тревогой. Основываясь на исследованиях в области клинической психологии и нашем опыте, мы утверждаем, что переживания, связанные с тревогой, и избегание являются основными препятствиями для повышения результативности спортсменов, и в этих ситуациях экспозиция может быть эффективным вмешательством (Clark & Beck, 2010).

Ошибкой было бы предполагать, что экспозиция - это чересчур простое вмешательство (Clark & Beck, 2010). Для того чтобы экспозиция была эффективной, необходима соответствующая подготовка и образование психолога. Необходимо знание поведенческой психологии (см. Farmer & Charman, 2008), а также основ и принципов экспозиции (например, Abramowitz et al., 2011). Поэтому, мы рекомендуем вначале работать под руководством опытного психолога. Часто встречающейся проблемой является избегание, которое характерно для всех тревожных расстройств (Hembree & Cahill, 2007). Попытка убежать - это естественная реакция спортсмена при столкновении с угрожающей ситуацией или объектом. В этом случае важно напомнить спортсмену, что избегание, хотя и дает кратковременное облегчение тревоги, долгосрочно сохраняет проблему. Еще одна проблема - недостаточная активность спортсмена, которой обычно характеризуется эмоциональный аспект структуры страха. Один из способов справиться с этим - повторить обоснование экспозиции. Для примера, рассмотрим спортсмена, который боится показать свои слабые стороны на тестировании и поэтому избегает этих тестов. Этому спортс-

мену необходимо понять, что избегание таких ситуаций не только ограничивает его контроль за результатами и тренировочным прогрессом, но и приводит к сохранению тревоги, связанной с этими ситуациями. Поэтому ему или ей просто необходимо встретиться с этими эмоциями в ходе экспозиции.

Кроме того, существуют противопоказания к использованию экспозиции в спорте. В спорте бывают рискованные, опасные для жизни ситуации, в которых возникновение страха оправдано и является естественным защитным механизмом. Сюда относятся такие виды спорта, как шоссейный велоспорт, альпинизм и скоростной спуск. В таких видах спорта страх - это то, с чем спортсмен должен смириться, приспособиться к нему, если он хочет продолжать заниматься спортом. Также, необходимо принимать во внимание медицинские аспекты. Людям с расстройствами мышления, такими как психоз, не следует применять экспозицию (Hazelett-Stevens & Craske, 2009). Не следует просить пациентов с астмой задерживать дыхание во время interoцептивной экспозиции или подвергать воздействию микробами людей с низким иммунитетом при лечении обсессивно-компульсивного расстройства (Olatunji, Deacon, & Abramowitz, 2009). В целом, спортсмены - здоровые люди, но всегда рекомендуется предварительно проконсультироваться с врачом (в данном исследовании спортсменка регулярно проходила медицинские осмотры, и была полностью здорова).