



# LA GESTIONE PSICOLOGICA DELL'INFORTUNIO

NEWSLETTER BY THE ORIGINAL TEAM

GIUGNO 2021 • DOTT.SSA STEFANIA ORIO • PSICOLOGA CLINICA E SPORTIVA



## CONTENUTI

L'INFORTUNIO

FASI DI RECUPERO

REAZIONI PSICOLOGICHE

### Introduzione

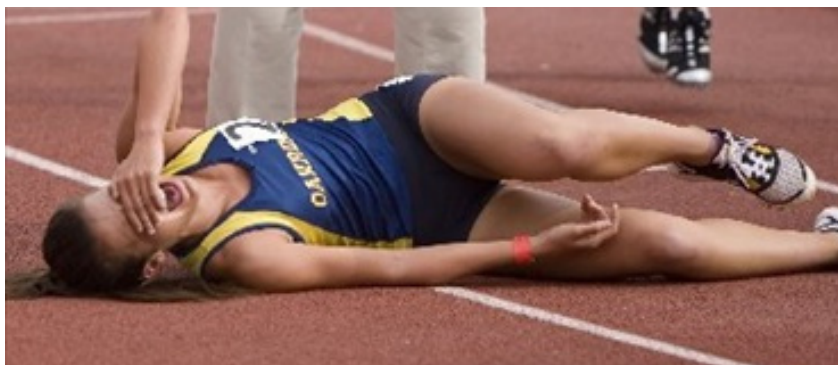
La **forza mentale** è la capacità di rimanere positivi e proattivi anche nelle circostanze più difficili. Se pensiamo di non essere abbastanza forti mentalmente, può consolare il fatto di sapere che si può **allenare la mente** ad essere **focalizzata, resistente** alla fatica e **motivata** a perseverare. Come per l'allenamento fisico, l'allenamento mentale è un processo che richiede **costanza**. L'importanza della forza mentale diventa evidente quando l'atleta che subisce un infortunio scopre che è più difficile la ripresa psicologica rispetto a quella fisica, nota cioè che nonostante la ripresa fisica sia avvenuta con successo, permangono spesso pensieri ed emozioni negative in grado di pregiudicare o rallentare la completa ripresa e il ritorno alla pratica sportiva. Come mai? Cosa succede? Come è possibile gestire gli aspetti emotivi e cognitivi dell'infortunio?



## L'infortunio

L'infortunio è un'esperienza che gli atleti devono spesso affrontare: che si tratti di lesioni traumatiche oppure di sindromi da sovraccarico durante la pratica sportiva qualcosa può andare storto ed obbligare a un'**interruzione** per dedicarsi alla cura della lesione e al recupero funzionale. Spesso con **recupero funzionale** si intende, però, il solo recupero della funzionalità fisica della parte coinvolta nell'infortunio, tralasciando in toto il recupero funzionale psicologico e sociale. Di fatto, sono ancora pochi gli atleti che usufruiscono di un intervento di uno psicologo dello sport durante il recupero e la riabilitazione, a volte per motivi economici, ma più spesso per mancanza di informazione o per paura di stigmatizzazione legata al ricevere un aiuto psicologico, nonostante la ricerca scientifica ci riporti che un approccio puramente centrato solo sul recupero fisico sia spesso inadeguato. Infatti, una percentuale piuttosto ampia di atleti (30-60%) non è in grado di riprendere l'attività con le stesse potenzialità e prestazioni precedenti l'infortunio, benché il recupero sul piano fisico si sia compiuto [1]. Questo dato ci fa capire che per tornare allo sport lo stato di prontezza fisica e quello di prontezza psicologica non sempre coincidono e che la strategia di gestione dell'infortunio più efficace è quella di considerare l'infortunio come un evento multifattoriale di tipo bio-psico-sociale, che necessita di un **approccio olistico e multidisciplinare** [2], comprensivo sia delle funzioni fisiche sia dei fattori emotivi e cognitivi. I fattori psicologici vanno considerati e gestiti in modo adeguato perché influenzano, direttamente o indirettamente, la natura, l'efficacia e la qualità della **gestione immediata dell'infortunio**, del **percorso riabilitativo** e del **successivo ritorno allo sport** [3]. L'approccio olistico alla gestione dell'infortunio ci permette di avere una visione completa dell'impatto che l'infortunio ha sull'atleta, tenendo conto delle quattro dimensioni coinvolte [4]:

1. la **dimensione fisica**, legata al dolore, le restrizioni temporanee dei movimenti, le possibilità di cambiamenti permanenti;
2. la **dimensione emozionale**, legata alle emozioni negative o positive e alla gestione dell'ansia;
3. la **dimensione sociale**, legata alla perdita del ruolo, alla separazione dall'ambiente sportivo ma anche a nuove relazioni che si creano con le persone che circondano l'atleta infortunato;
4. **l'immagine di sé**, intesa come alterazione della propria immagine, minaccia agli obiettivi di vita, ridimensionamento di una propria idea di infallibilità, riconoscimento di limiti fisici e diminuzione dell'auto-efficacia



Un importante studio condotto da Cristiana Conti et al. (2015) [5] riporta le **caratteristiche psicologiche** correlate alle diverse **fasi di recupero dall'infortunio sportivo** (fase acuta di post-infortunio, fase di riabilitazione e fase di ritorno allo sport) con particolare riferimento agli **interventi** che lo psicologo dello sport può attuare con l'atleta durante le varie fasi.

## Reazioni psicologiche alla fase acuta post-infortunio e interventi possibili

La **fase acuta di post- infortunio** (quella immediatamente successiva all'evento) è quella che vede una più ampia varietà di risposte dal punto di vista **emotivo** e quella in cui lo **shock** può essere talmente forte da portare all'abbandono immediato dello sport o addirittura al ritiro sociale. L'emozione dominante in questa fase è la **paura**, relativa al dolore e agli interventi chirurgici, ma anche al futuro e ai cambiamenti che l'infortunio comporterà. Altre emozioni che si possono riscontrare sono: rabbia, tristezza, umore depresso, frustrazione, senso di colpa verso se stessi o terze persone, senso di solitudine, apatia, preoccupazione generale e ansia, comportamento scontroso e sbalzi di umore, ma anche un senso di dubbio, sfiducia, percezione di incapacità e smarrimento legati all'affrontare una situazione nuova [6]. Più di rado, accade anche che l'infortunio venga percepito come un sollievo o un break in un momento noioso, in cui ci si sente troppo sotto pressione per la prestazione o non si sta giocando bene, o che rappresenti una buona scusa per smettere (Arderin et al., 2015).



Dal punto di vista delle **reazioni cognitive**, nella fase acuta post-infortunio possiamo riscontrare pensieri di: [7]

- **catastrofizzazione**, atti a sovra-esagerare la gravità dell'infortunio ("non riuscirò mai più a giocare"),
- **over-generalizzazione** (ad esempio per un infortunio al polso, "non potrò mai più correre come prima"),
- **colpevolizzazione verso se stessi o terzi, e personalizzazione** ("perché proprio a me?"),
- **negazione** ("non mi sono fatto nulla"),
- **non accettazione delle proprie debolezze**. Sono stati elaborati diversi modelli teorici per descrivere e spiegare la **risposta psicologica** collegata all'infortunio e spiegare i **fattori** che la influenzano, ma non esiste in realtà uno schema di comportamento stereotipato, inoltre le emozioni non vengono necessariamente sperimentate in un ordine fisso e uguale per tutti [8]. Ciò che risulta invece evidente è che il modo in cui la persona valuta e interpreta l'evento contribuisce in modo sostanziale alle risposte emotive e comportamentali che avrà rispetto alle sfide poste dall'infortunio, e queste influenzeranno la buona riuscita della fase riabilitativa ed il successivo ritorno all'attività e alla competizione. Un dato rassicurante è che le **valutazioni cognitive** e le soggettive interpretazioni sono modificabili così come le emozioni e i comportamenti che vi sono associati [9]

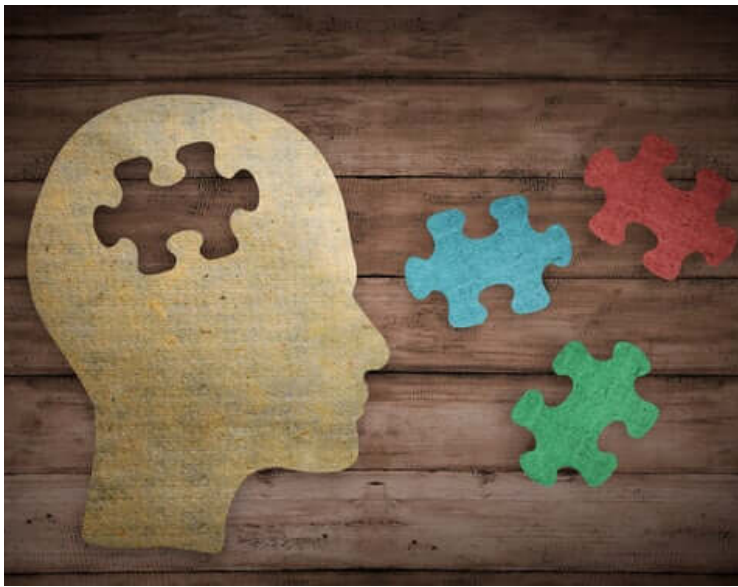
Alcuni **fattori** che impattano sulla valutazione cognitiva dell'evento sono:

### ● **personali:**

- le caratteristiche specifiche dell'infortunio (storia, gravità oggettiva e percepita, tipologia e cause percepite);
- le caratteristiche dell'atleta infortunato (personalità, tolleranza al dolore, autoefficacia, autostima, capacità di fronteggiamento, storia personale degli eventi stressanti, identità sportiva); ○ i dati demografici (età, sesso, stato socioeconomico);

### ● **situazionali:**

- aspetti sociali del mondo sportivo (influenza dei compagni di gioco, dei tecnici e dello staff sanitario, dinamiche familiari, sponsor);
- aspetti relativi specificatamente allo sport praticato dall'atleta (disciplina, livello di competizione, periodo della stagione, ruolo) [10]



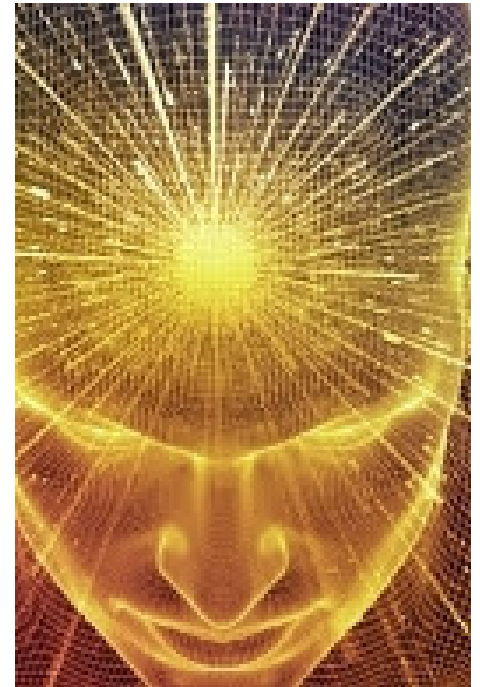
levleva ed Orlick (1991) sono stati i primi autori a studiare **l'impatto dell'intervento psicologico** con l'atleta in fase di recupero da un infortunio e progressivamente le ricerche ne hanno dimostrato sempre più l'utilità (Weinberg e Gould, 2010). Gli interventi di psicologia dello sport sono in grado di aiutare l'atleta a gestire emozioni, preoccupazioni, eventi stressanti e dolore così da ottimizzare la probabilità di un recupero sicuro e di successo [11]. Nella fase acuta la gestione del **dolore** e la gestione delle **emozioni** legate all'infortunio, in particolar modo la paura, sono gli aspetti prioritari su cui lavorare, considerando che l'atleta in questa fase inizia anche a fare una valutazione cognitiva, positiva o negativa, dell'evento e della situazione in cui si trova (Arvinen-Barrow e Walker, 2013).

È necessario valutare le reazioni come timori, sintomi da stress, stati depressivi e vissuti d'ansia, monitorando le sensazioni dell'atleta, sostenendolo nell'affrontare lo sconvolgimento emotivo e nel controllo del dolore attraverso **tecniche di rilassamento**, di **visualizzazione** (imagery) e di **gestione dello stress**. Altrettanto importante è aiutare l'atleta ad avere un quadro più chiaro a livello cognitivo, sia attraverso **interventi educativi** di informazione che utilizzando strategie cognitive per la **riformulazione di pensieri negativi e catastrofici** (Podlog et al., 2014).

Una delle principali fonti di stress in questa prima fase è proprio **l'incertezza** che accompagna la condizione, motivo per cui è importante aiutare l'atleta ad avere maggiore chiarezza rispetto all'infortunio per evitare valutazioni falsamente positive e comprendere quelle che sono le normali reazioni ad esso (Udry, 1997). In questa fase l'atleta spesso anticipa dei pensieri e delle preoccupazioni per la successiva riabilitazione e può essere utile fornire informazioni adeguate relative ad essa, anche per preparare una corretta aderenza (O'Connor et al., 2005).

Anche il **supporto esterno** che l'atleta può ricevere è senza dubbio fondamentale, ma è prioritario evidenziare all'atleta le sue possibili **strategie di fronteggiamento** e favorire la capacità di reagire alle difficoltà e agli ostacoli che si incontrano nel percorso che segue l'infortunio, incoraggiandolo a una visione prospettica (Podlog et al., 2014). Il "qui e ora" sembrerebbe non essere funzionale nelle prime fasi dell'infortunio, perché maggiormente utile all'atleta è il guardare verso una prospettiva futura.

La **ristrutturazione cognitiva** per l'impegno e la strategia di definizione degli obiettivi (**goal setting**) sembrano essere dunque gli interventi più immediati sull'infortunio al fine di passare allo stato di accettazione (acceptance) dello status quo ed impegnarsi in la prospettiva futura (commitment) che, fisicamente, inizia con l'entrata in riabilitazione.



"è importante aiutare l'atleta ad avere maggiore chiarezza rispetto all'infortunio per evitare valutazioni falsamente positive e comprendere quelle che sono le normali reazioni ad esso"

## Reazioni psicologiche alla fase di riabilitazione e interventi possibili

La fase di riabilitazione è probabilmente quella che mette più a dura prova l'atleta, perché, nel caso di un infortunio grave, può richiedere un tempo molto lungo ed è sempre la fase in cui si gioca il pieno recupero ed il successivo rientro in campo. Le reazioni psicologiche anche qui sono molteplici. Le emozioni negative forti sperimentate dall'atleta nella fase acuta dell'infortunio si riducono progressivamente con l'inizio della riabilitazione, ciò nonostante il **recupero emozionale** non è un semplice processo lineare quanto piuttosto un ciclo che varia in risposta ai progressi e/o ai contrattempi (Udry, 1997; Podlog et al., 2014). Le dimensioni psicologiche che un atleta può sperimentare in questa fase sono:

- il **senso di sfiducia** e di profonda difficoltà nel cambiare gli obiettivi e le priorità precedenti, o comunque nel rivalutarli, o traslarli nel tempo e doverne identificare dei nuovi contingenti;
- la **sensazione di perdita** (Podlog et al., 2014), sia legata all'allontanamento dall'allenamento che legata al senso di perdita di opportunità, di sogni e di speranze;
- il **senso di minaccia e di incertezza** verso il futuro dovuto alla messa in discussione della propria capacità di recuperare pienamente;
- il **senso di solitudine** legato all'isolamento dalla squadra e dal contesto sociale che ruota intorno: molto spesso il supporto sociale è presente nei primi momenti dell'infortunio, ma poi si dirada nelle fasi successive pur rimanendo intatto il bisogno che l'atleta ne ha (Brewer, 2010).
- il **senso di impazienza** legato all'incapacità nel valutare oggettivamente i risultati e alla tendenza a voler recuperare troppo in fretta, a bruciare le tappe, oppure all'incapacità di riconoscere ed apprezzare i piccoli miglioramenti. Anche in questa fase è molto importante l'**intervento educativo**: educare e fornire adeguate informazioni sulla natura, il funzionamento e la validità del trattamento permette di sostenere la motivazione e l'aderenza ai protocolli riabilitativi al di là del dolore percepito e gestire le reazioni emotive negative.

Questo permette di coinvolgere l'atleta anche dal punto di vista cognitivo nel processo di riabilitazione e di pianificare con lui un accurato **goal setting**, che consenta all'atleta di avere verifiche oggettive e misurabili dei propri miglioramenti, impattando così positivamente sul grado di autoefficacia, di motivazione intrinseca e di fiducia verso la riabilitazione stessa. Un fattore che amplifica il successo del percorso riabilitativo è proprio la **corretta aderenza** al programma riabilitativo prescritto [12], che viene rinforzata a sua volta dai risultati attesi e dalla fiducia nel processo. Esiste una relazione circolare tra aspetti cognitivi, risposte emotive e comportamentali, e questi fattori influenzano e sono influenzati dai successivi risultati della riabilitazione [13]. L'uso di **strategie cognitive** come controllo dei pensieri e self talk hanno in questa fase una grande influenza nel generare emozioni positive e nel contrastare il decremento di autoefficacia e fiducia e di impattare sul mantenimento della concentrazione necessaria in fase riabilitativa e favorendo appunto anche l'aderenza al trattamento (Weinberg e Gould, 2010).

Anche l'uso della visualizzazione (**imagery**) in un ambiente di riabilitazione sportiva si rivela uno strumento efficace per il recupero dall'infortunio, sia per la sua funzione cognitiva sia per quella motivazionale (Paivio, 1995; Hall, 2001; Evans, Hare e Mullen, 2006). Questo facilita nell'atleta la capacità di affrontare l'infortunio, favorendo la riduzione dello stress post infortunio, la gestione delle emozioni ad esso connesse, il controllo del dolore ed impattando sull'aderenza al trattamento [14]. Su più fronti la visualizzazione è inoltre in grado di supportare l'atleta durante il periodo di sospensione dagli allenamenti e di agevolarne il rientro assicurando un adeguato mantenimento della concentrazione, dei livelli motivazionali, della fiducia in sé e delle risposte emozionali [15].



## Reazioni psicologiche nella fase di rientro allo sport e interventi possibili

L'ultima fase è quella del ritorno allo sport, anch'essa molto delicata e critica e quella in cui gli aspetti psicologici vengono maggiormente sottostimati. È necessario tenere a mente che lo stato di prontezza fisica e quello di prontezza psicologica non sempre coincidono. In questa fase, la risposta emotiva dominante è la paura, che avanza su un triplice fronte: la **paura** di un re-infortunio, la paura di non raggiungere i livelli di prestazione precedenti alla lesione e la paura di disattendere le aspettative e compromettere la reputazione. Inoltre, è decisivo il peso delle **aspettative** che l'atleta ha rispetto a sé e alle sue prestazioni: se inesatte, aumentano il senso di frustrazione e boicottano il rientro. Un decremento della prestazione rispetto al livello pre-infortunio è normale, ma spesso l'atleta si aspetta di tornare immediatamente a quegli standard (Weinberg e Gould, 2010). Quello che accade in questa fase è che spesso l'atleta si trova ad affrontarla da solo ed è quindi prioritario che vi arrivi con un buon livello di autoefficacia e con una buona gestione delle preoccupazioni per un re-infortunio (Arvinen-Barrow e Walker, 2013). Molto utile è l'utilizzo del **goal setting** per il monitoraggio di quanto fatto e per la riorganizzazione delle prospettive e degli obiettivi agonistici e competitivi. Non ci si allena per giocare ma ci si allena per star bene e ritornare così alla prestazione competitiva. Taylor e Taylor (1997; 1998) hanno proposto un modello rispetto al ritorno allo sport, sviluppato su **cinque fasi progressive**, ciascuna caratterizzata da obiettivi specifici e la cui realizzazione conduce alla fase successiva:

1. il ritorno iniziale;
2. la conferma del recupero;
3. il ritorno alla forma fisica e all'abilità tecnica;
4. l'allenamento ad alta intensità;
5. il ritorno alla competizione.



Queste fasi forniscono una cornice di riferimento che offre un senso di prevedibilità e controllo sul recupero sia all'atleta che al professionista che lo supporta. Per la gestione della paura sono efficaci l'uso del self talk, le tecniche di gestione dello stress e le strategie cognitive, nonché la visualizzazione per aiutare l'atleta a focalizzarsi sulle sensazioni associate all'atto atletico e per costruire una routine immaginativa prima dell'allenamento e della competizione. (Arvinen-Barrow e Walker, 2013)

## Conclusione

Per concludere, se la gestione dell'infortunio avviene in modo organizzato e sistematico anche dal punto di vista psicologico oltre che fisico, può aiutare l'atleta infortunato ad ottimizzare la probabilità di tornare allo sport e al livello di prestazione precedente l'infortunio. Conoscere gli aspetti psicologici caratteristici di ogni fase e le risposte tipiche dell'atleta è il presupposto teorico per considerare quali siano gli interventi psicologici più appropriati ed utili in un certo momento, tenendo sempre in considerazione le specificità dell'atleta. Il contributo dello psicologo dello sport nell'ambito degli infortuni sportivi diventa di fatto molto prezioso in tutte le fasi di gestione dell'infortunio.

# LA GESTIONE PSICOLOGICA DELL'INFORTUNIO

## Riferimenti bibliografici

- [1] Ardern, C. L., Webster, K. E., Taylor, N. F., & Feller, J. A. (2011). Return to sport following anterior cruciate ligament reconstruction surgery: A systematic review and meta-analysis of the state of play. *British Journal of Sports Medicine*, 45, 596-606. doi:10.1136/bjsm.2010.076364 [2] Wiese-Bjornstal, D. M., Albinson, C. B., Henert, S. E., Arendt, E. A., Schwenz, S. J., Myers, S. S., & Gardetto-Heller, D. M. (2012). Evaluating the dynamic model of psychological response to sport injury and rehabilitation. In J. H. Bastos & A. C. Silva (Eds.), *Athlete performance and injuries* (pp. 79-98). London, UK: Nova Science Publishers. Arvinen-Barrow, M., & Walker, N. (2013). *The psychology of sport injury and rehabilitation*. London, UK: Taylor & Francis. doi:10.4324/9780203552407. Podlog, L., Heil, J., & Schulte, S. (2014). Psychosocial factors in sports injury rehabilitation and return to play. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 25, 915-930. doi:10.1016/j.pmr.2014.06.011 Mitchell, I., Evans, L., Rees, T., & Hardy, L. (2014). Stressors, social support, and tests of the buffering hypothesis: Effects on psychological responses of injured athletes. *British Journal of Health Psychology*, 19, 486-508. doi:10.1111/bjhp.12046. [3] Podlog et al., 2014; Ardern, C. L., Kvist, J., & Webster, K. E. (2015). Psychological aspects of anterior cruciate ligament injuries. *Operative Techniques in Sports Medicine*, 24, 77-83. doi:10.1053/j.otsm.2015.09.006 [4] Heil, J. (1993). *Psychology of sport injury*. Champaign, IL: Human Kinetics. Podlog et al., 2014 [5] Conti C., di Fronso S. e Bertollo M. (2015). Caratteristiche psicologiche correlate alle diverse fasi di recupero dall'inffortunio sportivo: revisione critica della letteratura, *Giornale Italiano di Psicologia dello Sport* - n. 24 - 2015 [6] Heil, 1993; Arvinen-Barrow e Walker, 2013; Brewer, B. W. (2010). The role of psychological factors in sport injury rehabilitation outcomes. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 3, 40-61. doi:10.1080/17509840903301207 Weinberg, R., & Gould, D. (2010). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics. [7] Brewer, B. W. (2009). Injury prevention and rehabilitation. In B. W. Brewer (Ed.), *Sport Psychology*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781444303650.ch8 Tracey, J. (2010). The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15, 279-293 [8] Brewer, 2009; Weinberg e Gould, 2010; Evans, L., & Hardy, L. (1995). Sport injury and grief responses. A review. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 227-245. [9] Walker, N., Thatcher, J., & Lavallee, D. (2014). A preliminary development of the Re-Injury Anxiety Inventory (RIAI). *Physical Therapy in Sport*, 11, 23-29. [10] Brewer, 2009 Wiese-Bjornstal, D. M, Smith, A. M., Shaffer, S. M., & Morrey, M. A. (1998). An integrated model of response to sport injury: psychological and sociological dynamics. *Journal of Applied Sport Psychology*, 10, 46-69. [11] Green, L. (1992). The use of imagery in the rehabilitation if injured athletes. *The Sport Psychologist*, 6, 416-428. Johnson, U. (2000). Short-term psychological intervention: A study of long-term injured competitive athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 9, 207-218. Hamson-Utley, J. J., & Vazquez, L. (2008). The comeback: Rehabilitating the psychological injury. *Athletic Therapy Today*, 13, 35-38. Arvinen-Barrow e Walker, 2013.. [12] Fisher, A. C., Domm, M. A., & Wuest, D. A. (1988). Adherence to sportsinjury rehabilitation programs. *The Physician and Sports Medicine*, 16, 47-52. [13] Wiese-Bjornstal, Smith, Shaffer e Morrey, 1998; Ardern et al., 2015. [14] Green, 1992; Hall, C. (2001). Imagery in sport and exercise. In R. Singer, R., H. Hausenblas, & C. Janelle (Eds.), *Handbook of sport psychology*. New York, NJ.: Wiley. Milne, M., Hall, C., & Forwell, L. (2005). Self-efficacy, imagery use, and adherence to rehabilitation by injured athletes. *Journal of Sport Rehabilitation*, 14, 150-167. Driediger, M., Hall, C., & Callow, N. (2006) Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences*, 24, 261-271. [15] Hall, 2001; Weinberg, R., & Gould, D. (2010). *Foundations of Sport and Exercise Psychology*. Champaign, IL: Human Kinetics. Santi, G., & Pietrantonio, L. (2013). Psychology of sport injury rehabilitation: A review of models and interventions. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8, 1029-1044. doi:10.4100/jhse.2013.84.13

# LA GESTIONE PSICOLOGICA DELL'INFORTUNIO

.....

STEFANIA ORIO

Psicologa Clinica e Sportiva socia della Ass. Psicologi dello Sport e cestista, mi occupo di valutazione e potenziamento della resistenza psicologica e di gestione dell'emotività dell'atleta; percorsi di Mental Training per atleti e squadre e interventi per il miglioramento della relazione allenatore - atleta, sia per sport di squadra che individuali.  
Socia associazione PdS - Psicologi Dello Sport dal 2019



[WWW.STEFANIAORIOPSIKOLOGIA.IT](http://WWW.STEFANIAORIOPSIKOLOGIA.IT)

Recapito  
347 087 1926

e-mail  
[info@stefaniaoriopsicologia.it](mailto:info@stefaniaoriopsicologia.it)