



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia
Clinico-Dinamica**

Tesi di laurea Magistrale

**La gestione dell'impatto psicologico di un infortunio nei corridori:
dall'analisi della letteratura alla progettazione di una proposta di
intervento.**

**Managing the psychological impact of an injury in runners: from
literature analysis to designing an intervention proposal.**

Relatrice/Relatore

Prof.ssa Elena Faccio

Laureando: Davide Manfredotti

Matricola: 2052168

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE	5
1. RIFERIMENTI EPISTEMOLOGICI PER L'OSSERVAZIONE DELLA CORSA E DEGLI INFORTUNI NEL PRESENTE ELABORATO	9
2. INTRODUZIONE ALLA CORSA E AGLI INFORTUNI A CUI VANNO INCONTRO I CORRIDORI	15
2.1 LA CORSA: DEFINIZIONE E DESCRIZIONE BIOMECCANICA.....	15
2.2 TIPOLOGIE DI CORSA	19
2.2.1 <i>IL JOGGING</i>	19
2.2.2 <i>IL RUN-COMMUTING</i>	20
2.2.3 <i>L'ENDURANCE RUNNING</i>	20
2.2.4 <i>L'ULTRA (ENDURANCE) RUNNING</i>	22
2.3 GLI EVENTI NELLA CORSA	24
2.3.1 <i>GLI EVENTI COMPETITIVI: LE GARE</i>	24
2.3.2 <i>UN ESEMPIO DI EVENTI NON COMPETITIVI: LE PARKRUN</i>	26
2.4 L'IMPATTO DELLA CORSA NELLA NARRAZIONE DI SÉ.....	27
2.5 GLI INFORTUNI NELLA CORSA DA UN PUNTO DI VISTA MEDICO.....	28
2.6 I DISCORSI DEI CORRIDORI RISPETTO A COSA SIA UN INFORTUNIO E COME VENGA GESTITO	31
2.7 L'IMPATTO PSICOLOGICO CHE PUÒ AVERE UN INFORTUNIO	33
3. METODOLOGIA DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA	38
3.1 OBIETTIVO DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA	38

3.2 STRATEGIE DI RICERCA BIBLIOGRAFICA.....	38
3.3 SCREENING ED ELEGGIBILITÀ	39
4. RISULTATI	42
4.1 LO STATO DELL'ARTE DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI UTILIZZATI CON ATLETI INFORTUNATI	46
4.1.1 L' EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) CON ATLETI INFORTUNATI	46
4.1.2 L' EMOTION FOCUSED THERAPY (EFT) CON ATLETI INFORTUNATI	49
4.1.3 L'INTERVENTO TERAPEUTICO ATTRAVERSO LE ARTI ESPRESSIVE RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI.....	53
4.1.4 GOAL SETTING CON ATLETI DURANTE LA RIABILITAZIONE DA UN INFORTUNIO	57
4.1.5 L'IMAGERY COME INTERVENTO PSICOLOGICO CON ATLETI DURANTE IL PERCORSO DI RIABILITAZIONE DA UN INFORTUNIO	59
4.1.6 TECNICHE DI RILASSAMENTO COME INTERVENTO PSICOLOGICO RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI.....	62
4.1.7 IL SELF-TALK USATO CON E DAGLI ATLETI INFORTUNATI.....	65
4.1.8 IL SUPPORTO SOCIALE COME FORMA DI INTERVENTO PSICOLOGICO RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI	66
5. DISCUSSIONI	69
5.1 OSSERVAZIONI TEORICO-EPISTEMOLOGICHE E APPLICATIVE IN MERITO AGLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DELL'IMPATTO PSICOLOGICO DI UN INFORTUNIO	69

6. PROPOSTA DI INTERVENTO	78
6.1 UNA PREMESSA ALL'INTERVENTO: DEFINIZIONE E ANALISI DEL PROBLEMA	79
<i>6.1.1 DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO.....</i>	<i>81</i>
<i>6.1.2 TIMELINE DELL'INTERVENTO.....</i>	<i>92</i>
<i>6.1.3 RISULTATI ATTESI.....</i>	<i>94</i>
<i>6.1.4 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA</i>	<i>94</i>
<i>6.1.5 PROSPETTO COSTI.....</i>	<i>100</i>
CONCLUSIONI.....	101
BIBLIOGRAFIA	104
SITOGRAFIA.....	121

INTRODUZIONE

Il telefono squilla e alla risposta una voce affranta dice: “Salve, ho trovato il suo contatto su un sito... Sarebbe possibile fissare un appuntamento?”. Quando si presenta in studio la persona che ha chiamato è avvilita, sconfortata e per di più zoppicante. Appena si siede e le viene chiesto come è arrivata a chiedere un consulto esordisce dicendo “Ormai sono due mesi che non posso correre perché mi sono rotto il tendine d’Achille e mi sono accorto che sono diventato insopportabile... sono sempre giù perché non riesco a far uscire i miei pensieri negativi correndo...”.

Da questa situazione immaginata sorgono due domande: e ora, di fronte a una persona che porta qualcosa di simile, cosa si fa? E, soprattutto, come lo si fa?

Queste sono le domande a cui si è cercato di rispondere nel presente lavoro, che parte dal riconoscimento dell’importanza che la corsa può avere nella vita quotidiana, tanto in quella di un corridore amatore come di un professionista. Ne sono un esempio le seguenti citazioni:

“I pensieri che si avvicendano nella mia mente mentre corro sono semplicemente dei derivati del nulla, tutto lì. Si formano ruotando intorno al nulla. Somigliano alle nuvole che vagano nel cielo. Nuvole di grandezza e forma diverse che arrivano, e se ne vanno, semplici ospiti di passaggio. Ciò che resta è soltanto il cielo, che è sempre lo stesso. Che è qualcosa che esiste, e al tempo stesso non esiste. Che ha una sostanza e al tempo stesso non ne ha.”

Haruki Murakami - L’arte di correre

"Correre per 100 miglia e oltre significa portare il corpo al punto di rottura, portare la mente al punto di distruzione, arrivare a quel luogo in cui puoi alterare la tua coscienza. Era per vedere più chiaramente. Come direbbe il mio insegnante di yoga, 'Le ferite sono i nostri migliori insegnanti'. Sono convinto che molte persone corrono ultramaratone per la stessa ragione per cui assumono droghe che alterano l'umore. Non intendo minimizzare i doni dell'amicizia, del successo e della vicinanza alla natura che ho ricevuto nella mia carriera di corsa. Ma più correvo a lungo e lontano, più mi rendevo conto che spesso stavo inseguendo uno stato mentale - un luogo in cui le preoccupazioni

che sembravano monumentali si scioglievano, dove la bellezza e l'eternità dell'universo, del momento presente, venivano nitidamente in primo piano."

Scott Jurek - Eat and Run

Haruki Murakami, scrittore e maratoneta amatoriale, e Scott Jurek, corridore con un passato da ultra maratoneta professionista, evidenziano l'importanza che può assumere la corsa nella vita di una persona, con un valore diverso in base al ruolo che ricopre. Il primo, infatti, descrive la potenza generatrice della corsa per quanto riguarda il "flusso dei suoi pensieri", che scorrono acquisendo sostanza e perdendola mentre si alternano uno dopo l'altro, quasi come seguissero il ritmo dei passi mentre corre; il secondo, invece, evidenzia il desiderio di spingersi al di là dei propri limiti e raggiungere uno stato mentale che gli permette di sbriciolare i pensieri della quotidianità per incontrare l'universo nella sua dimensione eterna, ossia fuori dal tempo, che non ha principio né fine. Da questi due frammenti, dunque, si può evincere che la corsa può avere un valore particolare per le persone che decidono di praticarla, che, come viene messo in luce nel capitolo terzo, sono sempre di più, tanto che si stima che nel mondo ad oggi 150 milioni di esseri umani decidano di sfruttare i benefici di tale attività sportiva. Definire le ragioni per cui ciò si sta verificando è difficile, ma si può ipotizzare che iniziare a correre per alcuni possa essere un mezzo per raggiungere un buono stato di salute, per altri possa venire utilizzato come strumento per riuscire a superare i propri limiti, per altri ancora come un modo di incontrare persone nuove e stringere nuovi rapporti oppure una scusa per viaggiare partecipando alle competizioni in giro per il mondo. Certo è che la corsa è sempre più diffusa e per questo, siccome rientra tra le forme di locomozione di cui l'essere umano è dotato e che ha contribuito all'evoluzione della specie, si può parlare di una spinta a ritornare alle nostre origini evolutive, forse anche motivati dall'eccesso di sedentarietà e mancanza di movimento quotidiano che dalla prima rivoluzione industriale caratterizzano la vita dell'uomo e hanno contribuito all'insorgenza di una serie di patologie che oggi rientrano tra gli elementi dello stato di salute precaria di moltissime persone.

A partire da ciò, dunque, ci si è chiesto cosa potrebbe accadere qualora un runner dovesse smettere di praticare la corsa per un certo periodo di tempo per via di un infortunio e come ciò potrebbe essere gestito. Pertanto, il presente elaborato ha l'obiettivo di esplorare la letteratura scientifica disponibile in merito agli interventi che consentono di gestire

l'impatto psicologico di un infortunio subito da un corridore e proporre una progettazione di intervento nuova rispetto a quanto trovato. Per realizzare tale scopo, il lavoro è stato suddiviso in diversi capitoli, di cui segue la descrizione.

In particolare, nel primo capitolo vengono esplicitati i riferimenti teorico-epistemologici adottati per descrivere i costrutti presenti nell'elaborato, produrre le osservazioni in merito ai risultati della ricerca bibliografica e progettare la proposta di intervento; nello specifico, vengono descritti l'orientamento teorico dell'interazionismo simbolico e il modo in cui la corsa e gli infortuni si delineano a fronte della scelta di utilizzare questi presupposti.

Nel secondo capitolo, invece, viene descritto il mondo della corsa approfondendo gli aspetti biomeccanici di tale attività e le tipologie più diffuse di quest'ultima, nonché il ruolo che può avere nella narrazione di sé stessi e nel cambiamento identitario. Analogamente, vengono descritti gli infortuni dal punto di vista organico-funzionale, viene messo in luce cosa i corridori dicono rispetto a essi e l'impatto che questi possono avere dal punto di vista psicologico.

Nel terzo capitolo, poi, si descrive la metodologia con cui è stata realizzata la ricerca bibliografica attraverso database digitali come Scopus, APA PsycInfo (EBSCO) e SPORTDiscus with Full Text (EBSCO), che è servita a raccogliere gli interventi disponibili che ad oggi vengono utilizzati per gestire l'impatto psicologico di un infortunio subito da un corridore, i quali vengono riportati e descritti come risultati della ricerca nel capitolo quarto. Successivamente, nel capitolo quinto tale raccolta diviene oggetto di discussione, quindi vengono avanzate una serie di riflessioni e osservazioni in merito a ciò che emerso dalla rassegna bibliografica e a partire dalle quali viene individuata l'esigenza della costruzione di un modello di intervento nuovo e diverso nelle fondamenta epistemologiche e applicative. Sulla base di ciò, dunque, nel sesto capitolo viene presentata la progettazione di una proposta di intervento di gestione dell'impatto psicologico di un infortunio subito da un corridore che rappresenta una novità all'interno della letteratura di riferimento, in quanto basata su dei presupposti teorici e metodologici che non sono ancora stati utilizzati, e, pertanto, apre a nuove possibili modalità per lavorare con atleti infortunati.

Infine, l'elaborato termina con un capitolo conclusivo in cui si propongono delle riflessioni e delle considerazioni in merito al lavoro svolto e se ne descrivono i rispettivi limiti, nonché come superarli nei possibili sviluppi futuri di ricerca.

La realizzazione di questo prodotto consente di osservare che la corsa è come la ricerca scientifica, cioè un viaggio in cui si incontrano ostacoli e momenti di difficoltà, nei quali vengono messe a dura prova la tenacia e la voglia di proseguire, in cui la direzione verso la quale si percorrono chilometri è incerta e ignota, in cui si conoscono gli apparentemente invalicabili limiti, il cui superamento, però, diviene motore di una continua spinta al di là del possibile e dell'immaginabile, al di là di ciò che si è già visto e si può vedere, al di là di ciò che si è già detto e si può dire; è un viaggio in cui il valore del percorso è persino maggiore di quello della meta, dove il desiderio di raggiungere quest'ultima è solo il primo passo per iniziare un nuovo cammino che conduce ancora più lontano nella conoscenza del mondo e di sé stessi. A questo punto, allora, si può iniziare questo viaggio, entrando nel merito del presente lavoro.

1.

RIFERIMENTI EPISTEMOLOGICI PER L'OSSERVAZIONE DELLA CORSA E DEGLI INFORTUNI NEL PRESENTE ELABORATO

In quanto oggetti di osservazione, la corsa e gli infortuni possono essere descritti in maniera diversa a seconda dei riferimenti teorico-epistemologici che vengono adottati dallo psicologo che intende studiarli; pertanto, al fine di consentire al lettore di entrare pienamente nel merito del presente lavoro, è utile esplicitare i presupposti teorici che sono stati utilizzati per la sua realizzazione.

La cornice teorica di riferimento in questa sede è l'interazionismo simbolico, un approccio che, come mette in luce Blumer (1969), si fonda su tre centrali premesse:

1. i membri della specie umana agiscono verso le cose sulla base del significato che esse hanno per loro;
2. il significato delle cose si genera in virtù dell'interazione sociale e simbolica di ciascuno con i suoi simili all'interno di un contesto interattivo;
3. i significati vengono modificati attraverso un processo interpretativo messo in atto da ogni persona quando entra in relazione con la realtà che si è generata in un determinato contesto.

Inoltre, un altro elemento essenziale della prospettiva interazionista è il ruolo precipuo del linguaggio, in particolare del modo in cui si usa, nella generazione dei significati. Questo aspetto teorico è stato introdotto a partire dalle Ricerche Filosofiche di L. Wittgenstein¹ (1953), il quale sosteneva che il significato di una parola dipende dal suo uso in un determinato contesto; quindi, sulla base di ciò, il linguaggio ha una valenza negoziale e convenzionale, che diventa la base per costruire la realtà, senza alcuna ambizione di un principio di verità assoluta. Proprio per questo l'autore scrisse: "*Che cosa designano le parole di questo linguaggio? - Che cosa, se non il modo del loro uso, dovrebbe rivelare ciò che designano?*" (pp. 11). Di ciò il filosofo austriaco ne dà un'esemplificazione nel processo che definisce "insegnamento ostensivo", con il quale

¹ Grazie a quanto prodotto in qualità di filosofo, Wittgenstein segnò una svolta per la nascita della psicologia discorsiva argomentando il ruolo del linguaggio nella generazione di significati condivisi in contesti interattivi (Harré R. & Gillet G., 1994; Salvini A. & Dondoni M., 2011). Inoltre, grazie alle sue ricerche filosofiche, egli postulò che la realtà si crea sulla base di convenzioni linguistiche e non di principi di verità.

viene trasmesso il significato di una parola a partire dall'uso che ne viene fatto dentro a una situazione, a un contesto con regole e modi specifici. *“Connesso con un tipo d'istruzione diverso, lo stesso insegnamento ostensivo di questa parola avrebbe avuto come effetto una comprensione del tutto diversa. «Aggiusto un freno collegando una barra a una leva». - Certo, se è dato tutto il resto del meccanismo. Solo in connessione con questo, la leva è la leva di un freno; isolata dal suo sostegno non è neppure una leva; può essere qualsiasi cosa possibile, e anche nulla.”.* (Wittgenstein, 1953, pp. 9-10). Questa citazione, in cui la leva può essere considerata come tale solo se ricopre un ruolo all'interno di un meccanismo e non di per sé, consente di osservare un risvolto che risulta dall'assunzione di un presupposto come quello introdotto da Wittgenstein: le infinite possibilità rispetto a ciò che qualcosa, e altresì qualcuno, può essere alla luce di come lo si descrive all'interno di un alveo di significati che sono sostenuti da un'impalcatura contestuale, senza la quale non sarebbe possibile alcuna costruzione di senso. Questo porta con sé necessariamente l'esclusione dell'esistenza di una realtà trascendentale, unica e ontologica, e, allo stesso tempo, l'accettazione della infinitudine di realtà che possono venire a crearsi laddove sia presente un osservatore che utilizza delle categorie conoscitive, qualsiasi esse siano. L'utilizzo di questi presupposti teorici, comuni negli orientamenti teorici che rientrano nel paradigma costruttivista², come guida nel processo di produzione di conoscenza, nonché nel lavoro clinico, implica l'adozione di una lente di osservazione tale per cui ogni osservato non è di per sé esistente, cioè non si sostanzia in una realtà empirica e fattuale, bensì viene generato ogni qualvolta venga utilizzato il linguaggio per descriverlo all'interno di un contesto.

Alla luce di ciò, il corpo può essere descritto come un oggetto sociale a cui è diretta una serie di significazioni, le quali rendono conto dell'interazione tra la componente organica e l'esperienza che si fa di esso. In riferimento a ciò, il termine *embodiment* indica esattamente il processo attraverso il quale il corpo viene attivamente prodotto o trasformato dalle persone mediante i significati che a esso vengono attribuiti (Waskul &

² Per paradigma si intende un insieme di assunti di base, e quindi di categorie conoscitive, che producono un certo modo di conoscere distinguibile da altri nel momento in cui cambiano gli assunti e le categorie conoscitive; il paradigma è, quindi, il quadro concettuale che fa da matrice alle teorie scientifiche e include idee metafisiche, l'insieme dei problemi conoscitivi da risolvere e i significati dei termini che vengono usati (Kuhn, 1962; Castiglioni M. & Faccio E., 2010). Il costruttivismo, che costituisce un paradigma, può essere definito come la posizione filosofica per cui la realtà viene costruita dall'osservatore, da colui che conosce e non esiste indipendentemente da esso (Castiglioni M. & Faccio E., 2010).

Vannini, 2006); pertanto, tale termine mette in luce l'impossibilità di considerare il corpo come mera realtà oggettiva, avulsa dal processo di significazione che avviene nell'interazione sociale. Partendo da questa matrice teorica, internamente all'interazionismo simbolico sono presenti descrizioni del corpo diverse, tra le quali rientrano il looking-glass body, il corpo drammaturgico, il corpo come provincia di significato, il corpo socio-semiotico e il corpo narrativo (Waskul & Vannini, 2006).

In primo luogo, con looking-glass body si fa riferimento all'idea secondo cui l'immagine che uno ha del proprio corpo si genera a partire dalle prospettive che ci si immagina le altre persone abbiano riguardo a esso; pertanto, nell'interazione sociale il corpo come osservato diviene protagonista di narrazioni individuali in cui si mescolano i possibili discorsi altrui alle descrizioni personali di questi ultimi (Waskul & Vannini, 2006). Dunque, come il looking-glass self descritto da Cooley, il looking-glass body può essere definito come l'insieme delle immagini ipotizzate in merito a come si appare a un'altra persona, il giudizio che ci si immagina che un'altra persona abbia circa la propria apparenza e come tale giudizio si descrive (Charmaz & Rosenfeld, 2006). A proposito di ciò, Charmaz e Rosenfeld (2006) riportano come esempio le seguenti narrazioni di una donna con quadriplegia (paralisi a tutti e quattro gli arti) da sclerosi multipla: *“Quasi non mangio più. [...] Non te ne accorgeresti guardandomi, ma è solo a causa della sedia a rotelle e della mia incapacità di muovermi. Non puoi farci niente anche se alcune persone pensano che tu stia mangiando troppo”*. Dai discorsi della donna emerge l'impatto dei discorsi degli altri nella costruzione della propria immagine a proposito del peso corporeo, descritto dalle persone con cui interagisce come una causa di mancanza di controllo dell'appetito e non di incapacità di movimento.

Il corpo drammaturgico, invece, rende conto del processo attraverso il quale i corpi degli esseri umani sono prodotti, generati all'interno delle azioni dalle pratiche e dai rituali sociali e culturali, che possono essere sia personali che comunitari, in cui viene acquisito un ruolo (Waskul & Vannini, 2006) e il corpo diventa uno strumento di performance sociale. A tal proposito, Cahill (2006) mette in luce come ciò possa accadere all'interno di qualsiasi contesto e riporta come esempio la palestra o i centri fitness, i cui utenti durante l'allenamento si “liberano” del corpo quotidiano per assumere quello specifico adatto in quella situazione, ossia assumono un ruolo diverso da quello ricoperto in altri momenti, al di fuori di quel luogo; in questo modo, diventa possibile e appropriato ciò

che in un'altra contingenza non lo sarebbe, come l'emissione di versi ed esclamazioni verbali durante lo sforzo dovuto all'esecuzione di un esercizio.

In terzo luogo, il corpo come provincia di significato nasce in seno alla fenomenologia di Edmund Husserl, che lo considerava come il punto di riferimento primordiale dell'essere umano, ossia il modo fondamentale di essere ancorati al mondo che viene interpretato ed esperito attraverso dei modelli di significato all'interno di specifici contesti (Waskul & Vannini, 2006). A tal proposito, Kotarba e Held (2016) descrivono l'esempio di Sue, una donna dalla corporeità non conforme agli standard di magrezza diffusi socialmente che, però, ha trovato nel football una serie di significazioni tali per cui le dimensioni del suo corpo sono altamente apprezzate e rappresentano un valore aggiunto nelle dinamiche di gioco; ciò le consente di descrivere le sue forme corporee in maniera positiva e sorridere quando il marito la chiama simpaticamente "Big Sue".

In quarto luogo, il corpo dal punto di vista socio-semiotico viene descritto come investito di significati, che si generano a fronte del posizionamento in un sistema di significazione che viene messo in campo nelle interazioni umane (Waskul & Vannini, 2006). In riferimento a ciò, Rambo, Presley e Mynatt (2006), attraverso un'analisi di contenuto (content analysis) svolta su abstract trovati online su Sociological Abstracts, mettono in luce come le ballerine di striptease vengano descritte dai ricercatori come devianti, sfruttate oppure emancipate alla luce della posizione che assumono all'interno del sistema di significazione assunto dal ricercatore: laddove lo studioso descrive l'attività di striptease come patologica, il corpo delle ballerine diviene un corpo deviante e lo stesso vale per il sistema di significati legati allo sfruttamento o all'emancipazione.

Infine, il corpo narrativo si genera a partire dalle storie che ci si racconta e che gli altri raccontano sul proprio e altrui corpo (Waskul & Vannini, 2006). È all'interno, dunque, dei giochi linguistici che il corpo diviene realtà ed è a partire da essi, dai quali emerge il valore ossia il significato che viene attribuito al corpo, che gli esseri umani agiscono nei confronti di quest'ultimo. Il processo narrativo in virtù del quale si costruisce il corpo postmoderno viene descritto da Edgley (2006), in particolare per quanto concerne i discorsi relativi alla salute e al fitness che quotidianamente contribuiscono a generare un prototipo corporeo che si assume come riferimento per descriversi ed esperire la propria corporeità. L'autore, dunque, mette in luce che il corpo, oggi, si genera a partire da una serie di narrazioni in merito alla sua salute che circolano diffusamente, come, ad esempio,

le definizioni del fitness come terapeutico ed essenziale anche per la mente, grazie alle quali è stata promossa la popolarità dell'esercizio fisico e delle immagini a esso legate, che divengono lo standard per le valutazioni del proprio stato fisico, ed è stato possibile altresì creare un mercato economicamente importante all'interno del quale rientrano anche tutte le operazioni mediche che riguardano il fitness, tra cui la dieta.

Tenendo presente la matrice teorica delle descrizioni riportate qui sopra³ si può osservare un comune denominatore: il corpo come elemento di realtà non è dato di per sé, non esiste in quanto mera entità biologica e organica, bensì viene costruito attraverso i discorsi che emergono nelle interazioni sociali e di cui è oggetto, che rendono conto dei significati che a esso vengono attribuiti. A fronte di ciò, poiché il corpo è direttamente coinvolto nella corsa e negli infortuni, questi ultimi possono essere descritti allo stesso modo, ovvero come elementi che sono generati a partire dall'uso del linguaggio con cui si contribuisce all'attribuzione di significato all'interno di un contesto interattivo. Pertanto, nello studio e nella progettazione delle modalità di gestione dell'impatto psicologico di un infortunio secondo i riferimenti teorico-epistemologici qui esplicitati è precipuo includere un lavoro sulle narrazioni con le quali l'atleta e altri componenti del suo contesto interattivo definiscono e descrivono l'infortunio e il trattamento riabilitativo, nonché promuovere la condivisione di obiettivi e strategie comuni per la gestione dello stesso.

La modalità di produrre conoscenza sopra descritta viene inserita da Salvini (2004), prima, e Turchi e Celleghin (2010), poi, all'interno di una riflessione in cui il modo di conoscere dell'interazionismo simbolico si poggia su un preciso livello epistemologico, quello del realismo concettuale, nel quale la realtà viene intesa come generata dall'osservatore in virtù delle categorie conoscitive che utilizza e non oggettivamente unica ed esistente di per sé. Gli altri due livelli che gli autori descrivono sono il realismo monista, nel quale la realtà è data e ontologicamente esistente e nel processo conoscitivo ha assoluta precedenza il dato sensoriale, e il realismo ipotetico, in cui la realtà viene considerata come trascendentalmente esistente eppure inconoscibile per come è, per cui il processo di generazione di conoscenza si basa sulla produzione di teorie che ipoteticamente la rappresentano. Entrando nel merito di tali modalità conoscitive per l'osservazione della corsa e degli infortuni, adottando uno sguardo di matrice monista

³ Come messo in luce da Waskul & Vannini (2006), le descrizioni del corpo a cui si fa riferimento non sono mutuamente escludentesi, bensì complementari e utilizzabili a seconda dell'ambito di applicazione o di ricerca.

avrebbero assoluta priorità le componenti organico-funzionali che concorrono alla pratica di tale attività e sono coinvolte nelle problematiche che la impediscono, nonché nella gestione dell'impatto psicologico di questi ultimi; attraverso una lente ipotetica, invece, tali oggetti di osservazione sarebbero protagonisti di una serie di teorie che ne descrivono le caratteristiche in maniera diversa, andando a delineare una serie di mappe che raffigurano lo stesso territorio, parimenti utilizzabili in quanto a valore descrittivo della realtà, ma più o meno utili a seconda delle situazioni. La matrice che si utilizza in questa sede, però, non consente di tentare di spiegare cosa siano la corsa e gli infortuni dal punto di vista psicologico, bensì di entrare nel merito di come vengono significati da atleti infortunati.

La descrizione fin qui portata è servita a collocare dal punto di vista teorico ed epistemologico il presente lavoro, ossia a mettere in luce ed esplicitare in che modo vengono concepiti gli oggetti di conoscenza e quali sono i presupposti che hanno guidato la ricerca bibliografica, la discussione dei risultati della stessa e la progettazione della proposta di intervento. Prima di entrare nel merito di queste ultime, è utile osservare ciò che la letteratura mette a disposizione circa gli aspetti organico-funzionali e discorsivi della corsa e degli infortuni, in particolare rispetto al ruolo che la prima ha nella costruzione dell'identità personale, a come i secondi vengono descritti dai corridori e quale impatto psicologico possono avere.

2.

INTRODUZIONE ALLA CORSA E AGLI INFORTUNI A CUI VANNO INCONTRO I CORRIDORI

2.1 LA CORSA: DEFINIZIONE E DESCRIZIONE BIOMECCANICA

La corsa viene definita come un “modo veloce di locomozione dell’uomo, in cui (a differenza del cammino, nel quale il corpo non abbandona mai l’appoggio sul suolo) il corpo si appoggia ritmicamente ora su un piede ora sull’altro, realizzando, nell’intervallo fra ognuno di questi due appoggi, un attimo di sospensione in aria [...]”⁴. Tale forma di locomozione è stata studiata da un punto di vista biomeccanico⁵ e ciò ha consentito di osservare e identificare un ciclo dell’andatura (gait cycle), che è suddiviso in due fasi: stance, ossia quando il piede è a contatto con il suolo, e swing, cioè quando il piede non è a contatto con il suolo (Chan & Rudins, 1994; Thordarson, 1997). Per quanto concerne la fase di stance si possono distinguere due sottofasi, assorbimento e propulsione, la cui durata diminuisce all’aumentare della velocità alla quale si corre. Nella fase di swing, invece, si possono identificare una sottofase iniziale e una sottofase terminale, entrambe caratterizzate da un periodo di doppio galleggiamento, in cui nessuno dei due arti è a contatto con il suolo e la cui durata aumenta in maniera direttamente proporzionale alla velocità a cui si corre (Thordarson, 1997). Alla luce di ciò, è possibile descrivere la corsa come una naturale evoluzione della camminata, in cui il contatto dei piedi con il suolo diminuisce progressivamente all’aumentare della velocità e il corpo umano rimane, tra un passo e l’altro, sospeso in aria per una quantità di tempo che aumenta se la velocità del ciclo dell’andatura cresce.

⁴ <https://www.treccani.it/vocabolario/corsa/>.

⁵ La biomeccanica è una “Branca della bioingegneria che applica le leggi della fisica allo studio del movimento e dell’equilibrio umano e animale, indagando contemporaneamente sul comportamento e le proprietà (per es., resistenza meccanica dei tessuti) degli organi preposti a tale scopo. [...]” (biomeccanica nell’*Enciclopedia Treccani*, s.d.)

Dal punto di vista cinematico⁶, nella corsa l'ampiezza del movimento delle articolazioni è maggiore rispetto a quella della camminata, il centro di gravità del corpo umano si abbassa incrementando la flessione delle anche e delle ginocchia e la dorsiflessione dell'articolazione della caviglia (Thordarson, 1997). Inoltre, nella fase di stance, la forza dell'impatto col suolo viene assorbita anche grazie a una rapida dorsiflessione della caviglia e del ginocchio, i quali, poi, iniziano a estendersi favorendo la propulsione (Thordarson, 1997). In più, nella fase in cui le dita del piede si staccano dal suolo anca, ginocchio e caviglia sono in massima estensione (Thordarson, 1997).

Nello studio biomeccanico della corsa sono altresì presenti osservazioni di carattere cinetico⁷, riguardanti le forze che contribuiscono a generare il movimento, tra le quali rientra quella generata dai muscoli (Thordarson, 1997). In particolare, diversi gruppi muscolari della parte inferiore del corpo umano sono coinvolti nella corsa: il quadricipite, che si attiva all'inizio e nell'ultimo 20% della fase di swing e rimane attivo per circa il primo 50% della fase di stance, i bicipiti femorali, che rimangono attivi durante il primo 80% della fase di stance, i muscoli posteriori della caviglia, i muscoli anteriori dell'articolazione della caviglia, i muscoli posteriori del polpaccio, che si attivano nell'ultimo 25% della fase di swing e sono attivi per circa il primo 80% della fase di stance, i muscoli del compartimento anteriore⁸, che si attivano per tutta la fase di swing e per il primo 80% della fase di stance (Mann & Hagy, 1980), e quelli del compartimento posteriore⁹ (Thordarson, 1997). Anche i muscoli dei tendini si attivano durante la corsa e probabilmente contribuiscono a modulare la rapida estensione dell'articolazione del ginocchio nella fase di swing (Mann & Hagy, 1980). Inoltre, i muscoli estensori, flessori e adduttori dell'anca, i muscoli estensori del ginocchio e i muscoli flessori plantari della caviglia sono stati osservati come le principali fonti di generazione di potenza nella corsa (Novacheck, 1998).

⁶ La cinematica è una “parte della meccanica, talvolta detta anche *geometria del movimento*, in cui si analizzano i movimenti indipendentemente dalle cause che li provocano e mantengono. [...]” (*cinematica nell'Enciclopedia Treccani*, s.d.).

⁷ Parte della meccanica che studia fenomeni di moto, in relazione alla costituzione materiale dei corpi interessati al movimento e alle grandezze (energia cinetica, momenti cinetici ecc.) a essi relative. Può essere considerata come una fase di sviluppo della meccanica, intermedia tra la cinematica e la dinamica. (*cinetica nell'Enciclopedia Treccani*, s.d.)

⁸ I muscoli del compartimento anteriore sono i seguenti: il muscolo sartorio, il muscolo pettineo, il muscolo quadricipite femorale e il muscolo ileo-psoas.

⁹ I muscoli del compartimento posteriore sono i seguenti: il muscolo bicipite femorale, il muscolo semitendinoso e il muscolo semimembranoso.

Oltre alla forza generata dai muscoli, nella corsa sono coinvolte anche le forze di reazione al suolo, ossia quelle esercitate dal terreno sul piede quando questo è a contatto con esso, delle quali la più grande è la forza di reazione al suolo verticale (Thordarson, 1997). Quest'ultima può raggiungere una grandezza pari a tre o quattro volte quella del peso corporeo e si genera con grande rapidità, imponendo alle componenti del corpo umano coinvolte nella corsa una grande sollecitazione, la quale aumenta il rischio di sintomi secondari a microtraumi ripetuti mentre si corre (Thordarson, 1997).

Infine, per completare questa descrizione biomeccanica della corsa, è importante descrivere il ruolo di un elemento della parte inferiore del corpo umano che è stata definita come la radice interposta tra il corpo e la terra: i piedi (Chan & Rudins, 1994). Tale estremità corporea è capace di fornire la trazione per il movimento, la consapevolezza della posizione delle articolazioni e del corpo per l'equilibrio e la leva per la propulsione, nonché risulta in grado di fornire una base di appoggio che consente di adattarsi alle superfici irregolari e con il suo movimento diminuisce il dispendio energetico mediante la dorsiflessione nelle fase di stance e di swing del ciclo dell'andatura (Chan & Rudins, 1994). Per quanto riguarda la corsa da un punto di vista tecnico, l'osservazione dell'appoggio del piede è uno degli aspetti più considerati quando si esamina la tecnica di un corridore (Xu et al., 2021). Nello specifico, in riferimento al modo in cui il piede collide con il suolo sono stati denominati tre stili di running: l'appoggio di tallone (rear-foot strike), peculiare dei corridori che utilizzano il tallone come prima parte del piede per impattare il suolo; l'appoggio con la parte centrale del piede (mid-foot strike), che caratterizza i corridori che vengono in contatto col suolo con il tallone e l'avampiede contemporaneamente; e, infine, l'appoggio di avampiede (fore-foot strike), tipico di chi entra nella fase di stance con l'avampiede (Lieberman et al., 2010). Come emerge dalla metanalisi e rassegna sistematica di Xu et al. (2021), è stato osservato che l'appoggio di tallone implica un aumento dei carichi dell'impatto col suolo, quindi una maggiore sollecitazione biomeccanica delle strutture e dei tessuti intorno al ginocchio e alle articolazioni femoro-rotulee, mentre l'appoggio chiamato "mid-foot" e quello di avampiede comportano carichi biomeccanici più elevati sulle strutture della caviglia e sul tendine d'Achille. Per concludere la descrizione del ruolo dei piedi nella corsa, è importante mettere in luce che, nonostante l'appoggio di avampiede sia raccomandato spesso dagli esperti di corsa per ridurre il rischio di infortuni, che al contempo

sconsigliano quello di tallone, non vi sono ancora sufficienti evidenze in merito alla relazione tra l'appoggio del piede e il rischio di infortuni per decretare il fore-foot strike come quello elettivo (Anderson et al., 2020).

Oltre alla parte inferiore del corpo umano, nella corsa viene coinvolta anche la parte superiore. In particolare, è stato osservato come le braccia diano un contributo importante, seppur esiguo, al sollevamento del corpo durante la corsa, e tale contributo aumenta all'incremento della velocità a cui si corre (Hinrichs et al., 1987); in secondo luogo, tale estremità corporea contribuisce a fornire al corridore una velocità orizzontale più costante grazie alle ricadute dell'uso delle braccia sul centro di massa del corpo (Hinrichs et al., 1987); inoltre, tutto il tronco del corpo umano contribuisce alla possibilità di entrare nella fase di swing della corsa, promuovendo sia il sollevamento del corpo da terra che la sua rotazione attorno al proprio asse verticale, ossia due elementi fondamentali per la preparazione all'impatto con il suolo che si verifica nella fase di stance (Hinrichs, 1987). In più, il tronco e, più in generale, la parte superiore del corpo umano contribuiscono all'economia della corsa (Drum et al., 2019), definita come il consumo di ossigeno allo stato stazionario a una determinata velocità di corsa (Barnes & Kilding, 2015), che ha un ruolo nel diminuire lo sforzo richiesto quando si corre.

Sulla scorta di quanto messo in luce finora, si può descrivere la corsa come una delle possibili forme di locomozione di cui l'essere umano è dotato, per la cui realizzazione sono coinvolte strutture anatomiche appartenenti sia alla parte inferiore del corpo, che a quella superiore. In virtù di ciò, la corsa può essere un'attività di cui ogni persona può usufruire per migliorare la propria condizione di salute, in quanto essa è risultata in grado di migliorare le condizioni fisiologiche di chi la pratica, tra cui, ad esempio, lo stato di forma cardiorespiratorio (Stevinson et al., 2022), le funzioni cardiovascolari (Oja et al., 2015), dunque implicando un minore rischio di malattie cardiovascolari (Lee et al., 2014) e l'equilibrio posturale (Oja et al., 2015); inoltre, riduce le possibilità di insorgenza di una disabilità nelle persone anziane (Chakravarty et al., 2008) e il tasso di mortalità (Chakravarty et al., 2008; Lee et al., 2014).

I benefici di cui sopra costituiscono uno degli elementi per i quali la corsa viene integrata nella quotidianità delle persone, fino a divenire uno sport vero e proprio, che può essere messo in pratica nella vita di tutti i giorni, ma può anche essere protagonista di eventi sportivi ricorrenti a cui partecipano atleti amatoriali e professionisti. Ciò ha generato la

possibilità di definire alcune tipologie di corsa: il jogging, il run-commuting, l'endurance running e l'ultra-endurance running. L'obiettivo dei paragrafi che seguono è quello di descriverle.

2.2 TIPOLOGIE DI CORSA

Dal punto di vista biomeccanico la corsa è una sola e si differenzia dalla camminata e dallo sprint, o scatto (Mann & Hagy, 1980); tuttavia, possono esserne definite alcune tipologie che si differenziano per alcune caratteristiche. Nei paragrafi seguenti vengono descritti alcuni modi diversi di usare la corsa, che sono anche i più diffusi e conosciuti.

2.2.1 IL JOGGING

Il jogging può essere definito come una corsa ricreativa, non competitiva, il cui unico scopo è il movimento; dunque, in questo caso la corsa non viene considerata come una forma di mobilità per transitare da un luogo A fino a un luogo B in cui quest'ultimo assume un significato specifico in un determinato contesto (ad esempio correre da casa fino al posto di lavoro per poi iniziare a lavorare dopo la corsa) e il cui raggiungimento ha una valenza nel percorso del corridore (Cook et al., 2016). In questo caso, quindi, il jogger, colui che fa jogging, corre per correre.

Inoltre, questa tipologia di movimento attivo può essere usata da qualsiasi persona di qualunque età ed è estremamente accessibile, in quanto l'unico strumento di cui ci si dovrebbe dotare è un paio di scarpe costruite appositamente per il running (Latham, 2015). Ad oggi, i joggers sono diventati figure molto diffuse che popolano le vie delle città, dei parchi e dei marciapiedi (Latham, 2015) e che usano la corsa come forma di movimento che serve anche a fuggire dai luoghi della quotidianità per muoversi in altri, come strumento per ridurre lo stress e trovare del tempo per sé stessi (Cook et al., 2016). Talvolta, però, fare jogging può anche risultare un compito noioso, specialmente quando

l'assenza di un obiettivo specifico al di là del movimento di per sé genera la perdita di significato della corsa oppure nei casi in cui diviene complicato inserirlo nella routine (Cook et al., 2016).

2.2.2 IL RUN-COMMUTING

Il run-commuting può essere definito come una forma di viaggio attiva¹⁰ o una pratica in cui la corsa viene scelta come mezzo di trasporto al fine di percorrere il tratto di strada interposto tra la casa e il lavoro, e/o viceversa (Cook, 2020; Cook et al., 2022). Questa modalità di movimento viene scelta sempre più spesso negli ultimi anni e il fatto che chi la utilizza la elegga per recarsi sul posto di lavoro la rende un fenomeno intenzionale (Cook, 2020; Cook, 2023).

Una particolarità di questa tipologia di corsa consiste nel fatto che spesso i run-commuters devono correre indossando una borsa che può contenere, ad esempio, materiale di lavoro o dei vestiti da indossare successivamente alla corsa. Questo elemento del run-commuting è stato descritto come non piacevole, ma tollerato anche grazie a un processo di abitudine che si verifica nel tempo (Cook, 2023). Nel complesso, tale pratica si rivela utile per l'inserimento dell'attività fisica nella propria quotidianità, con tutti i benefici che ciò implica, tra i quali quelli fisiologici descritti in precedenza¹¹.

2.2.3 L'ENDURANCE RUNNING

Messo a raffronto con altri mammiferi, come i cavalli o le antilopi, ad esempio, l'essere umano non è un corridore veloce e, soprattutto, non riesce a mantenere una velocità elevata per distanze che richiedono di correre per tempi prolungati (Bramble & Lieberman, 2004). Tuttavia, a differenza di tutti gli altri primati e di molti altri animali,

¹⁰ L'*active travel* è definito come un "viaggio in cui lo sforzo fisico sostenuto del viaggiatore contribuisce direttamente al suo movimento." (Cook et al., 2022);

¹¹ vedi paragrafo 1.1

la specie *homo* si contraddistingue per la possibilità di ingaggiarsi in una specifica tipologia di corsa: quella di resistenza, anche conosciuta come endurance running, che consiste nel correre molti chilometri durante periodi di tempo estesi, utilizzando il metabolismo aerobico (Bramble & Lieberman, 2004). Tale capacità dell'essere umano deriva dalle possibilità biomeccaniche e fisiologiche del suo corpo, messe in luce nel paragrafo 1.1, nonché dalla forza del sistema scheletrico, sottoposto a grande stress nella fase di stance, dall'abilità di stabilizzarsi, promossa da osso sacro e spina iliaca, oltre che dal muscolo grande gluteo (Bramble & Lieberman, 2004). Inoltre, anche la rotazione del torace e delle braccia, ma non della testa, contribuisce a promuovere la stabilizzazione durante la corsa di resistenza (Bramble & Lieberman, 2004).

Bramble e Lieberman (2004) hanno tentato di descrivere il ruolo della corsa di resistenza nell'evoluzione della specie *homo*, chiedendosi se l'endurance running fosse un comportamento importante in passato oppure solo un prodotto secondario della camminata. Gli studiosi in questione propendono per la prima delle due ipotesi, sostenendo che, innanzitutto, la biomeccanica della corsa richiede lo sviluppo di specifiche strutture che giocano un ruolo minimo nella camminata e il fatto che queste siano state osservate nei resti archeologici della specie *homo* potrebbe far dedurre che la corsa di resistenza fosse già utilizzata in passato; in secondo luogo, le superfici articolari ampliate della colonna vertebrale, dell'anca e delle gambe, insieme alle molteplici specializzazioni per disperdere il calore corporeo in eccesso (ad esempio, sudorazione, assenza di peli, sistemi di raffreddamento del cranio) consentono di rispondere alle sfide meccaniche e termoregolarie estreme che la corsa di resistenza pone, di gran lunga superiori a quelle incontrate nella camminata prolungata; infine, alcune caratteristiche della specie *homo* che non sono state riscontrate nell'*australopithecus* e che migliorano le capacità nell' endurance running (in particolare l'accorciamento dell'avambraccio e il disaccoppiamento della testa e del cinto pettorale) non sono correlate alla camminata, quindi potrebbero essersi evolute per promuovere la corsa di resistenza. Ma perché l'*homo* avrebbe dovuto correre per lunghe distanze, impegnandosi in estenuanti e dispendiose corse? Secondo Bramble e Lieberman (2004), la corsa di resistenza può essere stata uno strumento per cacciare prede veloci su distanze brevi, ma senza la capacità di resistere per molti chilometri e destinate, dunque, alla cattura per sfinimento, oppure per esplorare zone inabitate alla ricerca di cibo e vincere la competizione con altri

animali, tra cui ominidi, per risorse effimere e sparse come midollo, cervello e altri tessuti delle carcasse. Pur essendo quelle delineate dai due studiosi precedentemente menzionati delle ipotesi, è possibile osservare come la corsa di resistenza possa essere addirittura uno degli elementi che hanno contribuito all'evoluzione della nostra specie.

Nel caso in cui le ipotesi proposte da Bramble e Lieberman fossero sperimentalmente verificate, oggi si parlerebbe di “ritorno alle origini” per una popolazione di persone in continua crescita esponenziale dagli anni '70 ad oggi (Samson, 2014; Latorre Román et al., 2023). Questi endurance runners si sottopongono a stress fisico quotidianamente, seguono rigidamente tabelle orarie e conducono un'alimentazione precisa e finalizzata all'ottenimento dei benefici sul proprio corpo e, con esso, il miglioramento delle sue prestazioni (Samson, 2014). In termini di promozione della salute, questa maniera di vivere ha ricadute dirette sullo stato fisiologico del corpo di un corridore, dal punto di vista muscolo-scheletrico, cardiovascolare, neurologico, metabolico e consente di ridurre il rischio di alcune malattie, come, tra le altre, l'obesità e il diabete (Latorre Román et al., 2023). Tuttavia, devono essere messi in luce due aspetti: innanzitutto, dal punto di vista prestativo, l'impatto dell'invecchiamento sul corridore, le cui prestazioni peggiorano all'aumentare dell'età; in secondo luogo, i rischi che vengono corsi dagli endurance runners, legati anche alla mancanza di formazione nella progettazione degli allenamenti da parte di atleti amatori (Latorre Román et al., 2023). Per concludere, alla luce di quanto portato fin qui, la corsa di resistenza può essere descritta come una forma di movimento per cui l'essere umano è particolarmente predisposto e dalla quale può ricavare molteplici benefici relativi alla salute.

2.2.4 L'ULTRA (ENDURANCE) RUNNING

L'ultra running è una particolare tipologia di corsa di resistenza in cui le distanze percorse sono maggiori di 42,125 chilometri, ossia la distanza della maratona (Roebuck et al., 2018). Negli ultimi due decenni il numero di ultra runner è cresciuto vertiginosamente, consentendo all'ultra running di raggiungere un livello di esposizione e coinvolgimento della popolazione mai visti prima, tanto che c'è chi è disposto persino a viaggiare all'estero per partecipare ad alcuni eventi (*The State of Ultra Running 2020*).

Tale incremento della popolazione di ultra runner ha probabilmente generato l'abbassamento dei tempi medi coi quali si concludono le gare di ultra running, dato che vi partecipano anche atleti meno preparati rispetto al passato, quando era uno sport solo per specialisti (*The State of Ultra Running 2020*).

A fronte dei chilometraggi percorsi in questa particolare forma di corsa, è necessario per gli atleti che vi si impegnano spendere molto tempo per allenarsi e prepararsi alle imprese che compiono. Proprio l'elemento del tempo da dedicare all'allenamento è risultato essere una delle difficoltà maggiori incontrate dagli ultra runner, i quali devono spendere molte energie nella pianificazione e nella prioritizzazione degli allenamenti, per le quali vengono aiutati dalle famiglie al fine di conciliare la corsa con impegni familiari e lavorativi (Valentin et al., 2022). Un'altra sfida che gli ultra runner devono affrontare riguarda le condizioni climatiche sfavorevoli, come forte vento o pioggia, che incontrano durante gli allenamenti o le gare (Valentin et al., 2022). D'altra parte, la dimensione amicale e comunitaria dell'ultra running e la possibilità di stare a contatto con la natura sono elementi che vengono descritti come facilitatori alla pratica di questa forma di corsa (Valentin et al., 2022).

Dal punto di vista fisiologico, l'ultra running ha un impatto importante sui corridori. In particolare, gli atleti vanno incontro a diverse problematiche di natura fisiologica e organica, tra cui quelle relative al funzionamento renale, che si altera al termine della corsa e fino a 24 ore dopo di essa (Valentin et al., 2022), deficit energetici, perdita di peso, disidratazione, iponatremia¹², dolore muscolare, danni all'apparato muscolo-scheletrico, problemi alle articolazioni e ai tendini (Knechtle & Nikolaidis, 2018).

Le ricadute fisiologiche appena menzionate potrebbero far concludere che l'ultra running sia dannoso per la salute e, difatti, non implica benefici immediati. Tuttavia, la regolarità dell'allenamento di resistenza ha un effetto protettivo sulla lunghezza dei telomeri, rallentando così il processo di invecchiamento, e ciò si aggiunge ai benefici della corsa precedentemente descritti (Knechtle & Nikolaidis, 2018).

¹² L'iponatremia è definita come il raggiungimento di un livello di sodio plasmatico pari o inferiore a 135 mmol/l (Knechtle & Nikolaidis, 2018).

2.3 GLI EVENTI NELLA CORSA

Nel mondo della corsa sono sempre più diffusi eventi di tipo competitivo, come le gare, o non competitivo, come le parkrun, che riuniscono molti appassionati di running. Che siano competizioni o meno, la partecipazione a tali eventi consente di avere a disposizione un obiettivo da raggiungere, che una volta conseguito incrementa la fiducia in sé stessi e la sicurezza di sé, e di fare esperienza della dimensione sociale della corsa, considerata frequentemente come un elemento che favorisce il coinvolgimento delle persone nelle manifestazioni sportive (Early & Corcoran, 2013). In particolare, per quanto riguarda la componente interattiva degli eventi di corsa, i corridori, pur correndo da soli, non lo sono completamente. Infatti, il pubblico che solitamente assiste all'evento dall'esterno, occupando le zone in prossimità dell'area che delimita il percorso, assume un ruolo supportivo nei confronti dei corridori partecipanti, che vengono incitati al loro passaggio e che valutano positivamente il carico motivazionale che gli giunge dall'esterno (seppur tale valutazione possa variare a seconda di alcuni fattori contestuali, come lo stato fisico del corridore) (Gibbs-Nicholls et al., 2022). Inoltre, anche se per alcuni si potrebbe generare una certa pressione psicologica legata all'esposizione della propria performance di fronte a molte persone, il sostegno della folla spettatrice viene descritto come una qualità importante degli eventi di corsa, in quanto promuove un senso di orgoglio e autoefficacia e favorisce lo sforzo compiuto dai runner (Gibbs-Nicholls et al., 2022). Di seguito vengono descritti due esempi di eventi: competitivi e non competitivi. Nello specifico, per i primi vengono prese in considerazione le gare, con le distanze più diffuse, e per i secondi le parkrun.

2.3.1 GLI EVENTI COMPETITIVI: LE GARE

La corsa, oltre a essere una forma di locomozione per l'essere umano, è altresì uno sport nel quale atleti professionisti e amatoriali si cimentano, partecipando a gare, per la cui iscrizione è necessario pagare una quota per ogni atleta, che variano per lunghezza, intensità e caratteristiche topografiche. Di seguito (tab. 1) vengono presentate le tipologie di manifestazione podistica più diffuse e, a tale scopo, è importante sottolineare che sono stati presi in considerazione solamente gli eventi in cui si usa la corsa e non lo sprinting,

anche conosciuto come scatto, che implica una biomeccanica diversa (Mann & Hagy, 1980) e per il quale esistono gare specificamente dedicate.

Tabella 1: tipologie di gara podistiche più diffuse

TIPOLOGIA DI GARA	DISTANZA
Mezzofondo	800m; 1.500m; 3.000m
Fondo	5.000m; 10.000m
Mezza maratona	21.095m
Maratona	42.195m
Ultramaratona	>42.195m ¹³

Le gare riportate nella tabella 1 si possono differenziare anche in base al terreno sopra al quale gli atleti devono correre, che può essere la pista di atletica, per le distanze di fondo, l'asfalto stradale, come nelle manifestazioni di fondo, mezza maratona e maratona, nonché alcune ultramaratone. Inoltre, le distanze della mezza maratona, della maratona e della ultra maratona possono essere corse talvolta in natura, percorrendo strade sterrate, prati o sentieri situati in montagna, nel deserto, nelle foreste o in pianura.

Nonostante alcune ricerche sostengano il contrario (Kennedy et al., 2019), come accennato in precedenza, la partecipazione alle gare di running è in continua crescita (Hoffman et al., 2010; Sehovic et al., 2013; Ferrer et al., 2015; Scheer, 2019; Vitti et al., 2020; Nikolaidis & Knechtel, 2023) e le performance nel complesso continuano a migliorare rispetto agli anni passati (Weiss et al., 2016).

Dalle statistiche, dunque, pare che la corsa, anche a livello competitivo (sia professionistico che amatoriale), si stia diffondendo sempre di più e un numero crescente di persone stia popolando le griglie di partenza delle gare e degli eventi podistici.

¹³ Con questa formula si intende mettere in luce che si definisce ultramaratona qualsiasi gara in cui si debba correre una distanza superiore a quella della maratona (42.195m) (Ferrer et al., 2015).

2.3.2 UN ESEMPIO DI EVENTI NON COMPETITIVI: LE PARKRUN

Oltre alle gare, esistono manifestazioni podistiche non competitive, che attirano comunque molti partecipanti e promuovono la diffusione dell'attività sportiva come strumento per raggiungere uno stato di salute fisica.

Un esempio di evento di corsa non competitivo è costituito dalle parkrun, ovvero corse settimanali gratuite, lunghe cinque chilometri, che si svolgono in spazi aperti, a cui partecipano runner di qualsiasi età e livello e che sono organizzate da volontari (Morris & Scott, 2019). Questo nuovo fenomeno sportivo è nato nel Regno Unito e ha acquisito risonanza mediatica in quanto la sempre maggiore diffusione ne ha mostrato il potenziale come possibile strategia per la costruzione di interventi di comunità, che coinvolgano la cittadinanza in attività fisica, al fine di contribuire al benessere fisico e, come ricaduta di ciò, al risparmio delle risorse del sistema sanitario (Stevinson et al., 2015), nonché al benessere psicologico (Morris & Scott, 2019).

Come accennato, la diffusione delle parkrun è in crescita (Wiltshire et al., 2018) e così la partecipazione a questa tipologia di evento (Sharman et al., 2019). A tal proposito, in letteratura sono stati osservati alcuni elementi che favoriscono il coinvolgimento delle persone in questa particolare corsa. In particolare, sono emerse come determinanti la facile accessibilità all'evento, dati i tempi e costi, e l'inclusività, relativa al fatto che i partecipanti possono essere di qualsiasi livello, età e background (Stevinson et al., 2015; Sharman et al., 2019). Inoltre, l'atmosfera amichevole, l'opportunità di socializzare e il contesto ambientale all'interno del quale si svolgono le parkrun sono stati descritti dai partecipanti come aspetti centrali che incrementano l'adesione (Stevinson et al., 2015; Sharman et al., 2019). Per quanto concerne, nello specifico, la dimensione sociale delle parkrun, Wiltshire e Stevinson (2017) mostrano che l'interazione influenza la partecipazione alle corse in tre modi: in primo luogo, i partecipanti spesso vengono coinvolti nelle parkrun attraverso i legami sociali esistenti (famiglia, amici, vicini e colleghi); in secondo luogo, i partecipanti, mediante l'interazione con gli altri, ricevono un significativo sostegno pratico e affettivo; in terzo luogo, interagendo tra di loro, i partecipanti beneficiano della conoscenza altrui in quanto ricevono consigli e indicazioni in merito alle prestazioni, alla gestione degli infortuni e alla salute in generale.

2.4 L'IMPATTO DELLA CORSA NELLA NARRAZIONE DI SÉ

Sulla scorta dei riferimenti epistemologici dell'elaborato esplicitati nel primo capitolo è possibile mettere in luce un aspetto rilevante della corsa: come viene raccontata e, altresì, come viene usata nelle narrazioni che contribuiscono a costruire e definire una realtà psicologica come l'identità personale, che nell'interazionismo simbolico viene definita come un "articolato sistema di rappresentazioni unificate di sé e mediate da un ruolo [...]", mediante cui una persona si descrive come unica e in continuità con sé stessa, mantenendo una coerenza fra le diverse autorappresentazioni attraverso i contesti interattivi all'interno dei quali si trova a interagire (Salvini A. & Dondoni M., 2011). In questa prospettiva teorica, dunque, questo costrutto diviene un espediente retorico con il quale riassumere l'insieme di significati, generati attraverso l'uso del linguaggio, che la persona produce su di sé, interagendo con il contesto sociale (Salvini & Dondoni, 2011). All'insieme di narrazioni che un corridore costruisce su di sé contribuisce, quindi, anche la corsa, la cui esperienza viene descritta all'interno delle biografie personali e gioca un ruolo al loro interno. Ad esempio, da alcuni studi riguardanti corridori che hanno ricevuto una diagnosi psichiatrica emerge che la corsa ricopre un ruolo nel percorso di cambiamento identitario, promuovendo narrazioni in cui si mettono in luce la definizione e il raggiungimento di un obiettivo (Carless & Douglas, 2008), nonché la riacquisizione di controllo sulla propria vita e la ricostruzione dell'identità di atleta precedentemente perduta (Carless, 2008). Altri studi, invece, hanno osservato il potenziale dell'ultrarunning nel produrre nuove definizioni di sé durante il recupero da alcolismo e tossicofilia (McGannon et al. 2020).

Inoltre, le produzioni discorsive generate nel mondo della corsa hanno implicazioni identitarie anche per quanto riguarda il corpo, inteso come elemento dell'identità che si genera dai discorsi fatti su di esso all'interno di un contesto interattivo (Faccio E., 2007). In particolare, l'identità corporea, ergo i discorsi che si producono sul proprio corpo, corrisponde all'immagine che ci si anticipa che gli altri abbiano di esso, ossia a quanto viene detto all'interno del contesto interattivo di riferimento (Faccio E., 2007). Rispetto a ciò, la letteratura mostra che i corridori dicono di aspirare a un corpo in forma e in salute, definito come slanciato e snello, che, in alcuni casi, può divenire altresì un limite fisico da superare lasciando da parte dolori e infortuni per continuare a perseguire il raggiungimento dell'immagine idealizzata (Shipway & Holloway, 2016). Tuttavia, la

ricerca del raggiungimento di un corpo in linea con i discorsi che ne producono un'immagine ideale all'interno di un contesto come quello della corsa potrebbe ostacolare la promozione della salute qualora ricadesse in una gestione del corpo problematica, assimilabile a ciò che in psicologia si definisce un disturbo alimentare (Busanich et al., 2012). Infatti, narrazioni che configurano la perdita di peso come essenziale al miglioramento della performance generano la possibilità che gli atleti ricorrano a deprivazione alimentare e allenamento eccessivo al fine di diventare corridori più prestativi (Busanich et al., 2014).

Quanto portato finora consente di mettere in luce come la corsa contribuisca a costruire discorsivamente, in virtù delle interazioni sociali e dei significati generati, l'identità personale e corporea e come possa avere un impatto nei cambiamenti narrativi che ri-configurano questo costruito dal punto di vista personale.

Dopo aver descritto gli aspetti preponderanti della corsa, nei prossimi paragrafi viene esplorata la dimensione relativa agli infortuni, osservandone sia gli aspetti medico-fisiologici che narrativi e l'impatto che un infortunio ha dal punto di vista psicologico nella vita di un atleta.

2.5 GLI INFORTUNI NELLA CORSA DA UN PUNTO DI VISTA MEDICO

Come detto precedentemente, il numero di corridori è aumentato negli ultimi anni e, così, le persone che godono dei benefici della corsa. Allo stesso tempo, però, sempre più persone rischiano di incorrere in un infortunio, poiché, come messo in luce nel paragrafo 1.1, le strutture anatomiche coinvolte in questa pratica vengono altamente sollecitate (Thordarson, 1997), specialmente quelle che afferiscono alla parte inferiore del corpo (van Poppel et al., 2021).

Dal punto di vista medico, un elemento importante di osservazione concerne la causa che porta un corridore a infortunarsi. In merito a ciò, la valutazione dell'eziologia degli infortuni nella corsa deve tenere conto di alcuni aspetti: in primo luogo, le capacità specifiche delle strutture del sistema muscoloscheletrico di sopportare un carico; in secondo luogo, il carico cumulativo specifico che coinvolge una struttura muscoloscheletrica, che può essere considerato come la somma dei carichi specifici di ogni

falcata¹⁴ durante una sessione di corsa, la cui stima si può fare quantificando la distribuzione del carico tra le strutture anatomiche (muscoli, legamenti e articolazioni, ad esempio) e la grandezza del carico a cui si sottopone il corpo durante una falcata; in terzo luogo, la riduzione della capacità specifica di sopportazione del carico da parte delle strutture coinvolte durante una sessione di corsa e, infine, il superamento del carico che queste possono sostenere (Bertelsen et al., 2017). L'interazione tra questi quattro elementi genera l'infortunio; difatti, il runner si fa male se il carico di lavoro a cui vengono sottoposte le strutture coinvolte nella corsa supera le loro capacità di sostenere la sollecitazione durante una o più sessioni di corsa. Infatti, si stima che circa il 50% degli infortuni nella corsa sia dovuto a un carico di allenamento eccessivo, che espone le strutture deputate al running a microtraumi ripetuti che producono danni sui tessuti e generano lesioni, tra cui le più comuni includono la tendinosi di Achille, la sindrome del dolore femoro-rotuleo, la sindrome da stress tibiale mediale, le stecche, le fratture da stress, la periostite e la sindrome compartimentale (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015).

Per quanto riguarda l'incidenza degli infortuni, i corridori principianti ne subiscono in misura significativamente maggiore rispetto ai corridori amatoriali (Videbæk et al., 2015) e le parti del corpo più colpite da lesioni sono le ginocchia, anche se sono comuni infortuni che coinvolgono la tibia, il tendine d'Achille, il polpaccio, il tallone, il piede e il bicipite femorale (Van Gent et al., 2007). Invece, le sedi meno comuni che tendono a dare problemi sono la caviglia e l'anca, inguine compreso (Van Gent et al., 2007).

Inoltre, sono stati identificati alcuni fattori di rischio che incrementano le possibilità di subire un infortunio, tra cui l'età avanzata (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015; van Poppel et al. 2021), un indice di massa corporea elevato, assenza di precedenti esperienze di corsa (van Poppel et al. 2021), nonché la differenza di lunghezza tra gli arti inferiori, la gamba arcuata, l'altezza degli atleti maschi (1,70 m), l'assunzione di alcol e, come riportato prima, il carico di allenamento settimanale (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015). Infine, infortuni precedenti legati alla corsa sono risultati fattori di rischio importanti a cui sono associati indici di infortunio più elevati (Hulme et al., 2017; van Poppel et al. 2021).

¹⁴ La falcata inizia quando un piede tocca il suolo e termina quando lo stesso piede tocca nuovamente il suolo (Novacheck, 1998).

Oltre a ciò, anche il piede gioca un ruolo negli infortuni che interessano le estremità inferiori del corpo dei runner, in quanto è lasciato in una posizione vulnerabile durante l'affaticamento muscolare, aumentando la possibilità che si verifichino due tipi di lesioni: il primo è una lesione acuta causata dal collasso dell'articolazione dovuto a una ridotta capacità di resistere dinamicamente alla tendenza all'inversione/estensione del piede (debolezza del muscolo peroneo) e ciò comporta distorsioni della caviglia e lesioni da sforzo eccessivo; il secondo tipo, invece, può derivare dal deterioramento della capacità muscolare di ridurre il livello dei carichi d'impatto e l'intensità delle sollecitazioni ossee durante la fase di stanche (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015). Per di più, secondo uno studio sulle caratteristiche morfologiche del piede condotto da Queen et al. (2009), i corridori con il piede piatto mostrano un aumento dell'area di contatto col suolo e del carico nella zona mediale del piede e ciò implica che il sovraccarico dei tendini e dei legamenti modifica la meccanica articolare sana; pertanto, i corridori con i piedi piatti hanno maggiori probabilità sia di subire lesioni ai tessuti molli, come la tendinite del tibiale posteriore, gli stiramenti della caviglia, le lesioni al ginocchio, sia di andare incontro a lesioni da sovraccarico, come la sindrome del dolore femorale e la frattura da stress del metatarso. I soggetti con un'arcata elevata, invece, presentano tassi di carico più elevati, il che suggerisce un rischio maggiore di fratture da stress al femore, alla tibia e al quinto metatarso (Queen et al., 2009).

Come messo in luce precedentemente¹⁵, nella corsa sono coinvolte anche le forze di reazione al suolo (Thordarson, 1997), che sono l'unico elemento esterno responsabile delle lesioni da sovraccarico; a queste ultime, poi, contribuisce altresì lo stile di corsa, che produce curve caratteristiche all'impatto col suolo che variano a seconda dell'intensità e della direzione delle forze attive (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015). A proposito del ruolo di quest'ultimo, è stato osservato che i corridori abituati all'appoggio di tallone (rear-foot strike) subiscono il doppio di infortuni rispetto ai runner che corrono con l'appoggio di avampiede (fore-foot strike) (Daoud et al., 2012).

Inoltre, ci sono altre variabili che sono state identificate spesso come fattori di rischio: una distanza di corsa eccessiva, un'intensità di allenamento troppo elevata e un rapido aumento della distanza o dell'intensità di corsa settimanale (Hreljac, 2005). Infatti, correre una distanza maggiore aumenta ovviamente il numero di ripetizioni dello sforzo

¹⁵ Vedi paragrafo 1.1.

applicato, perché incrementa il numero di passi compiuti e, pertanto, si alzano le possibilità di lesione; lo stesso vale per la corsa ad alta intensità, che produce più forze di reazione del suolo e, quindi, un maggiore impatto su ossa, articolazioni, muscoli e tendini (Hreljac, 2005).

2.6 I DISCORSI DEI CORRIDORI RISPETTO A COSA SIA UN INFORTUNIO E COME VENGA GESTITO

La descrizione fisiologica e organica degli infortuni nella corsa è utile ad avere un quadro medico dei problemi che costringono i corridori a smettere di correre nella propria quotidianità per periodi di tempo più o meno prolungati, ma non è sufficiente a esaurire l'esame di cosa sia un infortunio. A tal fine, infatti, è necessario osservare ciò che viene detto a proposito degli infortuni dagli atleti interessati, in quanto sono essi stessi, mediante l'uso del linguaggio, a costruire e generare un valore, un significato che viene attribuito al termine infortunio e a dare una realtà a quest'ultimo. Tale osservazione origina a partire dai presupposti epistemologici esplicitati nel primo capitolo del presente lavoro, in base ai quali un infortunio non può essere considerato solo dal punto di vista medico e come una realtà data, ma deve essere concepito come un costrutto, un elemento di produzione linguistica, che viene costruito attivamente dall'atleta mediante l'attribuzione di una serie di significati generati discorsivamente durante l'interazione con altri.

Sulla scorta di ciò, l'obiettivo di questo paragrafo è mettere in luce i discorsi che i corridori generano a proposito degli infortuni, in modo tale da osservare come questi vengono definiti e, dunque, divengono reali e come vengono gestiti.

Innanzitutto, le ricerche mostrano che quando un corridore prova dolore, quest'ultimo viene considerato un aspetto normale della vita di un runner e non un infortunio e viene gestito regolando la distanza, la velocità, la frequenza o la durata dell'attività di corsa (Jelvegård et al., 2016). Si utilizza, dunque, un processo di autoregolazione, tramite il quale vengono apportati aggiustamenti al programma di allenamento (Jelvegård et al., 2016), che è influenzato dal calendario delle gare, dagli obiettivi di prestazione, dalla spinta agonistica o dalla vita personale quotidiana (Verhagen et al., 2021). Inoltre, l'autoregolazione utilizzata dai runner per evitare che un dolore diventi un infortunio è

supportata da conoscenze e competenze acquisite attraverso l'esperienza e informazioni, ricavate passivamente e attivamente attraverso pareri dei pari, risorse online e consigli di esperti (Verhagen et al., 2021) e ciò è in linea con quanto descritto precedentemente¹⁶ rispetto alla condivisione di conoscenza attraverso l'interazione sociale durante gli eventi dedicati alla corsa, nei quali i corridori si scambiano informazioni e nozioni relative al running (Wiltshire e Stevinson 2017). Quando tale processo, però, non produce alcun miglioramento rispetto al dolore oppure implica persino un peggioramento della condizione, allora i corridori si definiscono infortunati; pertanto, dai discorsi degli atleti emerge che un dolore viene configurato come un infortunio qualora prenda il sopravvento sull'autonomia nelle attività di corsa, sulla capacità di correre al livello desiderato o sulla possibilità di correre (Verhagen et al., 2021).

Per quanto concerne l'eziologia degli infortuni, i runner descrivono due tipologie di fattori che possono generare un infortunio: estrinseci e intrinseci (Saragiotto et al., 2014). In primo luogo, i fattori estrinseci sono un carico di allenamento di corsa eccessivo, la mancanza di stretching prima o dopo l'allenamento di corsa e l'utilizzo di scarpe da corsa sbagliate rispetto alla tipologia di appoggio (Saragiotto et al., 2014). In relazione a ciò, è interessante osservare che se il carico di allenamento risulta essere un elemento in linea con le ricerche empiriche (Gijon-Nogueron & Fernandez-Villarejo, 2015; Bertelsen et al., 2017), non vi sono dati a supporto né della capacità dello stretching di prevenire ed evitare gli infortuni (Yeung et al., 2011), né del ruolo delle scarpe rispetto alla prevenzione di questi ultimi (Richards et al., 2009; Saragiotto et al., 2014). I fattori intrinseci, invece, più frequentemente segnalati sono stati il tipo di appoggio e il mancato rispetto dei limiti del corpo (Saragiotto et al., 2014). In particolare, quest'ultimo è stato uno degli elementi più descritti come importante per la prevenzione degli infortuni e i runner sottolineano come ognuno sia caratterizzato da limiti corporei unici e individuali (Saragiotto et al., 2014).

Per quanto riguarda la gestione degli infortuni, i runner sottolineano che una delle prime strategie utilizzate è quella del riposo assoluto, che implica evitare di correre per una certa quantità di tempo (Verhagen et al., 2021). Tuttavia, come detto precedentemente, non sempre il dolore è configurato come infortunio e, perciò, in alcuni casi i runner dicono di proseguire con l'attività di corsa nonostante sensazioni corporee spiacevoli, utilizzando

¹⁶ Vedi paragrafo 1.3.2

strategie narrative nelle quali si trascura il dolore (dicendo ad esempio che “*Questa sensazione non indica un problema di salute*”) o entra in gioco una sorta di guarigione magica tale per cui il dolore cesserà (“*Il dolore passerà da solo anche se continuo a correre*”) (Jelvegård et al., 2016). La ricaduta di queste narrazioni è l’iperattività, supportata altresì attraverso discorsi che riguardano la mancanza di conoscenza della causa del dolore e, quindi, l’incapacità di gestire il problema, nonché l’imminenza di una gara o il desiderio di non perdere la condizione atletica raggiunta (Jelvegård et al., 2016). In casi come questi i corridori dicono poi di astenersi dalla corsa laddove il dolore sia insopportabile o ricevano un consulto medico (Jelvegård et al., 2016) e dichiarano anche che una migliore comprensione di come strutturare un programma di allenamento, attraverso coaching personalizzato o, in alternativa, un generico programma di esercizi online, sia fondamentale per evitare l’iperattività e gli infortuni che questa implica (Peterson et al., 2022).

Alla luce di quanto emerso dalla letteratura, dunque, gli infortuni sembrano essere configurati sulla base di valutazioni personali per le quali il corridore non si ritiene più in grado di poter correre al livello desiderato ovvero trova opportuno cessare l’attività della corsa per un periodo di tempo utile al recupero. In virtù del fatto che la corsa è un elemento che contribuisce diffusamente alle produzioni discorsive che generano l’identità personale, com’è già stato evidenziato, ci si può anticipare che l’impossibilità di correre per via di un infortunio possa avere delle implicazioni sulla salute dell’atleta infortunato, che possono talvolta generare difficoltà dal punto di vista psicologico. Queste ultime sono l’oggetto del prossimo paragrafo, nel quale viene riportato ciò che la letteratura mette a disposizione rispetto all’impatto psicologico che un infortunio ha su un atleta.

2.7 L’IMPATTO PSICOLOGICO CHE PUÒ AVERE UN INFORTUNIO

Alla luce del ruolo che la corsa può avere dal punto di vista identitario¹⁷, ci si può anticipare che per un atleta subire un infortunio abbia un impatto psicologico, specialmente qualora fosse costretto a interrompere l’utilizzo della pratica della corsa per un periodo di tempo prolungato. Questo argomento è stato oggetto di osservazione da parte di numerosi studiosi, che sin dalla seconda metà degli anni ‘90 hanno esplorato le

¹⁷ Vedi paragrafo 1.4

ricadute psicologiche di un infortunio a cui un atleta può andare incontro. Come riportato da Walker & Heaney (2013), a tal proposito sono stati usati ed elaborati diversi modelli teorici:

- i modelli di risposta al lutto;
- i modelli di valutazione cognitiva;
- il modello integrato di risposta psicologica all'infortunio sportivo e al processo di riabilitazione;
- il modello biopsicosociale di riabilitazione degli infortuni sportivi.

In primo luogo, alcuni studiosi hanno usato i modelli di risposta al lutto per descrivere ciò che l'atleta vive a seguito di un infortunio, al quale uno sportivo reagirebbe come se fosse di fronte a una perdita significativa, ad esempio quella di una persona cara (Brewer, 1994; Walker & Heaney, 2013), passando attraverso una sequenza prevedibile di fasi che varia a seconda del modello teorico del lutto che si prende come riferimento (Brewer, 1994). Nonostante alcuni risultati a supporto di questo modo di intendere le ricadute psicologiche di un infortunio sportivo (Mankad and Gordon, 2010), sono state avanzate critiche relative a diversi aspetti dell'utilizzo di tali teorie in questo ambito di pertinenza (Walker & Heaney, 2013). In primis, i modelli del lutto considerano le fasi come sequenziali e non tengono conto della possibilità di oscillazione tra di esse (Brewer, 1994); poi, la negazione che rientra tra le fasi tipiche nei modelli del lutto non trova riscontro empirico in quanto la presenza di un infortunio non viene negata da un atleta, il quale nega, piuttosto, la gravità dello stesso (Pearson & Jones, 1992); infine, i modelli del lutto non sono stati elaborati specificamente per descrivere l'impatto psicologico di un infortunio in ambito sportivo (Walker et al., 2007) e non tengono conto delle diversità individuali in relazione alla gestione di un infortunio (Brewer, 1994; Walker et al., 2007). In secondo luogo, per i modelli di valutazione cognitiva gli infortuni sono degli stressors che si presentano a un atleta e le risposte emotive e comportamentali ad essi sono dettate dalle sue valutazioni cognitive e interpretazioni soggettive, a cui contribuiscono fattori personali e situazionali (Brewer, 1994). Pur avendo ricevuto supporto empirico, secondo Johnston & Carroll (1998) questi modelli hanno alcune carenze, in quanto non rendono conto della dimensione temporale di adattamento all'infortunio da parte di un atleta. In terzo luogo, Wiese-Bjornstal et al. (1998) hanno proposto un modello integrato di risposta psicologica all'infortunio sportivo e al processo di riabilitazione, nel quale

vengono riassunti i modelli descritti precedentemente. Secondo gli autori, quindi, il senso di perdita successivo a un infortunio è uno dei possibili risultati delle valutazioni cognitive adottate dall'atleta. Oltre a ciò, gli studiosi hanno anche suggerito che alcuni elementi che possono essere precursori di un infortunio moderano le risposte post-infortunio: ad esempio, alti livelli di stress quotidiano aumentano il rischio di infortunarsi e incrementano le ricadute psicologiche dell'infortunio. Tale modello è uno dei più accreditati all'interno della letteratura scientifica relativa agli infortuni sportivi, anche se gli viene attribuito un grande limite, ossia non spiegare come i fattori psicologici influenzino i risultati della riabilitazione successiva a un infortunio (Walker & Heaney, 2013).

Per far fronte a ciò, infine, è stato elaborato il modello biopsicosociale di riabilitazione degli infortuni sportivi, per cui l'infortunio e la seguente riabilitazione a cui si sottopone un atleta vengono intesi come il risultato dell'interazione tra elementi biologici, psicologici e sociali, i quali impattano, ad esempio, il dolore che si prova o i tempi di recupero da un infortunio (Walker & Heaney, 2013). Come quelli descritti sopra, anche questo modello ha i suoi limiti, in quanto non viene descritto come le componenti biologiche, psicologiche e sociali interagiscono, e non vi sono indicazioni dettagliate sulla sua interpretazione e, dunque, il suo utilizzo (Walker & Heaney, 2013).

Oltre a questa serie di modelli teorici, dalla letteratura emergono anche altri elementi psicologici che coinvolgono comunemente gli atleti, quindi anche i corridori in quanto tali, pur riconoscendo la peculiarità di ognuno nel generare un insieme di significati in relazione a un infortunio (Rose & Jevne, 1993). In particolare, le ricerche mostrano che a fronte di un infortunio si può andare incontro a una serie di emozioni che rimandano a ciò che in psicologia clinica viene definito depressione (Chan & Grossman, 1988; Smith, 1990; Pearson & Jones, 1992; Brewer, 1994; Wagman & Khelifa, 1996; Johnston and Carroll, 1998; Wiese-bjornstal et al., 1998; Tracey, 2003; Wiese-Bjornstal, 2010; Sheinbein, 2016), ma anche a frustrazione (Pearson & Jones, 1992; Johnston and Carroll, 1998; Sheinbein, 2016), ansia (Wagman & Khelifa, 1996; Johnston and Carroll, 1998; Wiese-Bjornstal, 2010; Clement et al., 2013), rabbia (Smith, 1990; Brewer, 1994; Wagman & Khelifa, 1996; Johnston and Carroll, 1998; Clement et al., 2013) e isolamento (Johnston and Carroll, 1998; Sheinbein, 2016). Inoltre, essendo la corsa un elemento che contribuisce a costruire l'identità di una persona che corre, come descritto in

precedenza¹⁸, l'impossibilità di dedicarsi a questa pratica a livello agonistico rischia di generare la perdita di quella porzione identitaria legata alla corsa, ossia l'identità di atleta (Wiese-Bjornstal, 2010; Sheinbein, 2016) e la perdita di autostima (Chan & Grossman, 1988). In letteratura emerge, poi, un'emozione che si declina in maniera diversa a seconda dell'atleta: la paura. Difatti, alcuni corridori dopo un infortunio hanno paura di perdere la condizione fisica (Tracey, 2003) o il supporto della famiglia o degli amici (Wagman & Khelifa, 1996); altri, invece, hanno paura di non recuperare dall'infortunio (Wagman & Khelifa, 1996) oppure di infortunarsi nuovamente dopo aver recuperato (Wagman & Khelifa, 1996; Thing, 2006; Heijne et al., 2008; Wiese-Bjornstal, 2010; Tripp et al., 2011; Sheinbein, 2016). Rispetto a quest'ultima paura, negli atleti infortunati è stata osservata la possibilità che ad essa si accompagnino una diminuzione della concentrazione e della fiducia in sé stessi (Sheinbein, 2016). In più, alcuni esperiscono quella che viene chiamata kinesiofobia, definita come una paura irrazionale e debilitante del movimento fisico, derivante dalla sensazione di vulnerabilità a lesioni dolorose o a nuove lesioni (Kori, Miller, and Todd, 1990), la quale contribuisce all'evitamento di tutte quelle attività che potrebbero portare a un nuovo infortunio (Vlaeyen et al., 1995).

Anche la durata e la severità dell'infortunio sono elementi che incidono dal punto di vista psicologico, in quanto maggiore è il tempo in cui l'atleta non può dedicarsi all'attività sportiva e più alto è l'impatto psicologico dell'assenza dallo sport (Weinstein et al., 2017), così come maggiore è la gravità dell'infortunio e peggiore è la qualità di vita del corridore (Mihalko et al., 2021).

L'osservazione delle ricadute psicologiche di un infortunio sportivo è fondamentale in quanto queste possono avere un impatto sul processo riabilitativo dell'atleta e il conseguente ritorno all'allenamento e, per alcuni, alla competizione (De Heredia et al., 2004). In riferimento a ciò, l'aderenza al trattamento riabilitativo sembra essere un elemento che risente di ciò che dice di vivere l'atleta infortunato (Brewer, 1994; Pizzari et al., 2002; Clement et al., 2013). Ad esempio, Pizzari et al. (2002) hanno osservato che atleti non aderenti ai compiti riabilitativi dichiarano di provare paura rispetto alla possibilità di infortunarsi nuovamente ed esprimono il desiderio di ritardare il ritorno alla normale attività sportiva. Secondo Sheinbein (2016), tornare ad allenarsi e a competere più tardi rispetto a quanto anticipato durante il processo di recupero dall'infortunio deriva

¹⁸ Vedi paragrafo 1.4.

dalle esitazioni nelle prestazioni durante la riabilitazione, dovute a una diminuzione della fiducia nelle capacità atletiche della zona del corpo colpita dall'infortunio.

Infine, le ricadute psicologiche di un infortunio sportivo coinvolgono altresì l'identità corporea e, più in generale, i discorsi relativi al corpo infortunato, con i quali quest'ultimo viene configurato come un fallimento e inutile (Thing, 2006). Inoltre, per alcuni atleti l'infortunio può essere un elemento che incrementa la possibilità di utilizzo di strategie che in psicologia clinica rientrano tra i comportamenti caratteristici dei disturbi alimentari, al fine di sopperire alla mancanza di attività fisica (Nippert & Smith, 2008); dunque, gli atleti possono produrre delle narrazioni riguardanti il proprio corpo che li spingono a fare tutto ciò che ritengono utile per rispettare gli standard corporei che vengono stabiliti nei discorsi che circolano all'interno del contesto interattivo di cui fanno parte. Ad esempio, un corridore può arrivare a descrivere l'emesi volontaria come una strategia efficace per mantenere la forma corporea ideale che un runner deve avere per essere un atleta di livello e mantenere alto il livello delle sue prestazioni.

Come messo in luce in questo paragrafo, dunque, un infortunio può avere un forte impatto psicologico su un corridore. Alla luce di ciò, risulta precipuo disporre di prassi di intervento che consentano di gestire tale impatto e promuovere l'aderenza al processo riabilitativo coinvolgendo non solo l'atleta, ma anche chi fa parte del suo contesto interattivo, al fine di risignificare l'infortunio e ritornare all'attività sportiva, che in questo caso è la corsa.

METODOLOGIA DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

3.1 OBIETTIVO DELLA RICERCA BIBLIOGRAFICA

Come messo in luce nei primi due capitoli del presente lavoro, dato il ruolo della corsa nella produzione discorsiva dell'identità personale e corporea, l'infortunio sportivo può generare una serie di ricadute psicologiche che possono incidere sulla salute di un corridore che si ritrova impossibilitato a correre. A fronte di ciò, la domanda che si è posto il ricercatore è la seguente: quali sono, ad oggi, le tipologie di intervento psicologico usate con atleti infortunati per la gestione dell'impatto di un infortunio?

Tale domanda è stata trasformata nel seguente obiettivo di ricerca: esplorare la letteratura scientifica disponibile in merito alle tipologie di intervento psicologico utilizzate con corridori infortunati.

Nel paragrafo seguente sono state descritte le strategie di ricerca bibliografica utilizzate per conseguire l'obiettivo sopra esplicitato.

3.2 STRATEGIE DI RICERCA BIBLIOGRAFICA

La ricerca bibliografica è stata svolta seguendo i principi del Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement 2020 (Page et al, 2021), ossia un protocollo standardizzato per il reporting di revisioni sistematiche e meta-analisi. Inoltre, sono state utilizzate tre banche dati bibliografiche on-line: Scopus, APA PsycInfo (EBSCO) e SPORTDiscus with Full Text (EBSCO). All'interno delle suddette, è stata eseguita una prima ricerca avanzata attraverso l'utilizzo delle seguenti parole chiave: "*psychological intervention*" AND "*running injuries*"; "*running*" AND "*psychological interventions*". Successivamente, a fronte della scarsità di risultati in termini di eleggibilità, si è deciso di allargare la ricerca utilizzando anche le seguenti

parole chiave: “*sports injuries*” AND “*psychological interventions*”; “*psychological intervention**” AND “*sport* injuries*”. Tale scelta ha consentito di osservare risultati bibliografici comunque in linea con l’obiettivo di ricerca, in quanto gli interventi psicologici utilizzati con atleti infortunati che praticano sport diversi dalla corsa possono essere implementati anche con i corridori, in quanto persone che abitualmente praticano un’attività sportiva alla quale sono costretti a rinunciare per un determinato periodo di tempo.

La procedura qui descritta si è svolta nel periodo compreso tra agosto 2023 e ottobre del medesimo anno.

3.3 SCREENING ED ELEGGIBILITÀ

Nella fase di screening sono stati raccolti articoli che trattano l’uso di interventi psicologici legati alla gestione degli infortuni. Dopodiché, sono stati eliminati i duplicati ottenuti in seguito alla ricerca sui database utilizzati (Scopus, APA PsycInfo e SPORTDiscus with Full Text). Al materiale bibliografico sono stati, poi, applicati i seguenti criteri di eleggibilità:

- l’articolo è stato pubblicato in lingua italiana, inglese, francese o spagnola;
- l’articolo riguarda interventi psicologici implementabili per la gestione del periodo successivo all’infortunio;
- l’intervento psicologico descritto nell’articolo è rivolto all’atleta;
- l’articolo contiene una descrizione teorica dell’intervento psicologico che tratta in maniera specifica.

A fronte di ciò, sono stati esclusi tutti gli articoli pubblicati in una lingua che non rientra tra quelle precedentemente menzionate e che descrivono interventi psicologici implementabili per la prevenzione degli infortuni, nonché articoli che descrivono interventi psicologici rivolti a soggetti che non sono l’atleta infortunato, che non presentano una descrizione teorica dell’intervento e che non si focalizzano su una forma interventistica specifica. I criteri di esclusione e inclusione sono stati riepilogati nella tabella 2.

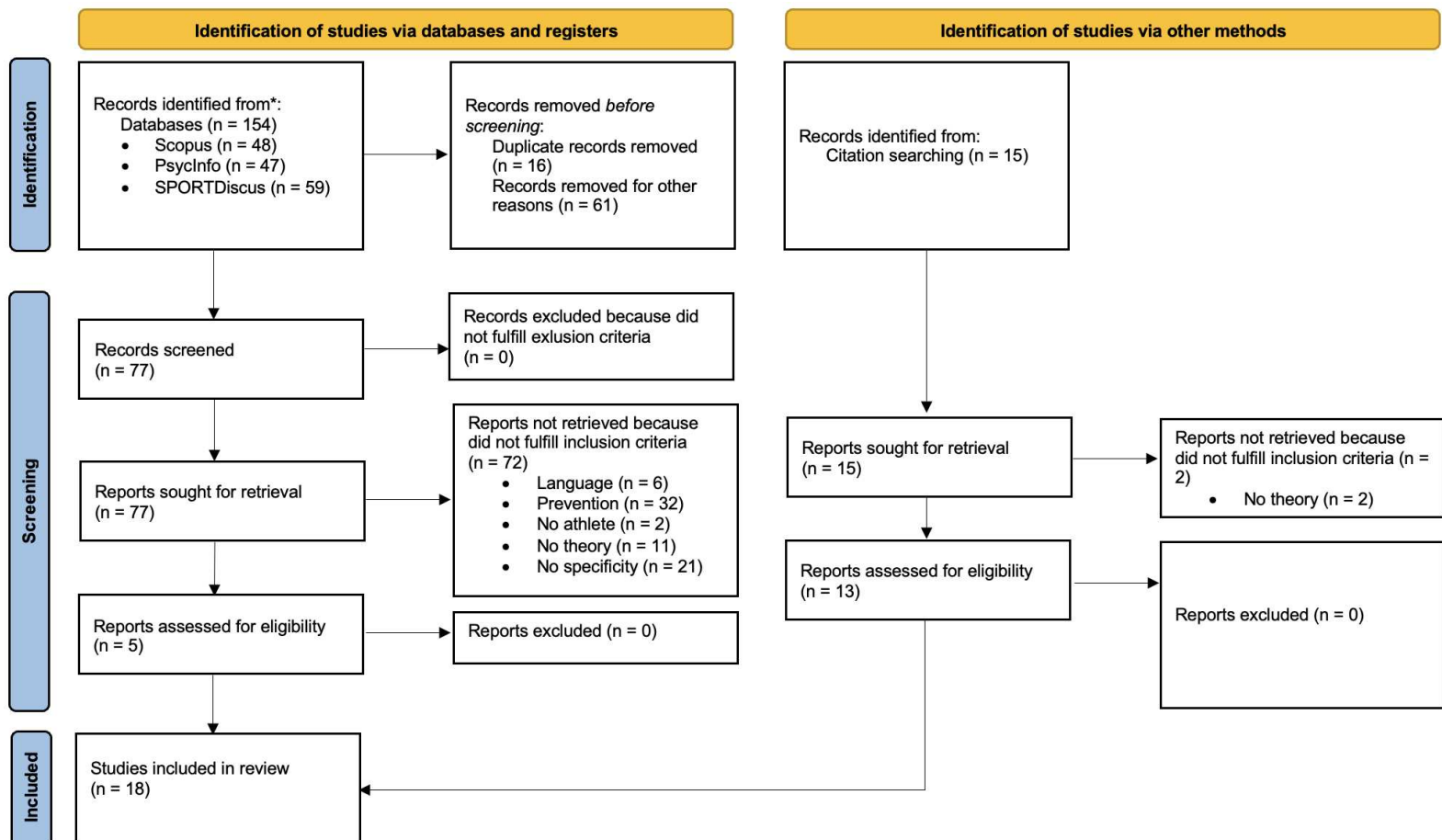
Tabella 2: Riepilogo dei criteri di esclusione ed inclusione

CRITERI DI ESCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- La lingua in cui è stato pubblicato l'articolo non rientra tra le seguenti: italiano, inglese, francese e spagnolo;- Nell'articolo non vi è una descrizione teorica dell'/degli intervento/i psicologico/i;- L'articolo non descrive un intervento psicologico specifico.
CRITERI DI INCLUSIONE
<ul style="list-style-type: none">- La lingua in cui è stato scritto l'articolo rientra tra le seguenti: italiano, inglese, francese e spagnolo;- Il focus dell'articolo concerne interventi psicologici implementabili per la gestione del periodo post-infortunio;- L'intervento psicologico descritto nell'articolo è rivolto, in primo luogo, all'atleta;- L'articolo contiene una descrizione teorica dell'intervento psicologico;- L'articolo descrive un intervento psicologico specifico.

In seguito a ciò, sono stati recuperati articoli a partire dalle citazioni, quindi dai riferimenti bibliografici, degli articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione.

La procedura qui descritta è stata riassunta in un diagramma di flusso PRISMA (Figura 1), a cui segue una descrizione dettagliata nel capitolo dei risultati.

Figura 1: Diagramma di flusso PRISMA 20



4.

RISULTATI

Come anticipato nel paragrafo 3.2, la prima ricerca attraverso alcune parole chiave ("*psychological intervention*" AND "*running injuries*"; "*running*" AND "*psychological interventions*") non ha prodotto risultati su Scopus e APA PsycInfo (EBSCO), mentre ne ha prodotto solamente 1 su SPORTDiscus with Full Text (EBSCO). Dalla seconda ricerca, invece, nella quale sono state utilizzate altre parole chiave ("*sports injuries*" AND "*psychological interventions*"; "*psychological intervention** AND "*sport** *injuries*"), sono emerse 154 pubblicazioni. Nella prima fase di screening sono stati selezionati 77 articoli, dei quali, però, a seguito dell'applicazione dei criteri di esclusione e inclusione, solo 5 sono stati mantenuti nel campione oggetto d'indagine. Inoltre, a questi sono state aggiunte ulteriori 13 pubblicazioni mediante una ricerca bibliografica manuale avvenuta in virtù dell'utilizzo dei riferimenti bibliografici del materiale precedentemente selezionato.

Tra le pubblicazioni considerate 12 sono articoli scientifici e 6 sono capitoli tratti da un libro. Nella tabella 3 sono state riportate le caratteristiche principali del materiale bibliografico consultato, tra cui il titolo di pubblicazione, gli autori, l'anno di pubblicazione e una breve descrizione del contenuto.

Tabella 3: Caratteristiche delle pubblicazioni consultate per la rassegna

Titolo	Autore/i	Anno di pubblicazione	Tipologia di pubblicazione	Contenuto
A Single-Session Eye Movement Desensitization	L.F. Reynoso-			Descrizione teorica dell'EMDR e analisi dell'effetto della

and Reprocessing (EMDR) Therapy Reduces Anxiety and Improves Self-confidence in Athletes with Post-traumatic Stress Associated with Injury	Sánchez e J. R. Hoyos-Flores	2022	Articolo	terapia EMDR nelle risposte psicofisiologiche di quattro atleti.
Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment.	F. Shapiro	1999	Articolo	Descrizione teorica dell'EMDR.
Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions	K. Tamminen e J. Watson	2022	Articolo	Descrizione teorica dell'Emotion Focused Therapy e del suo utilizzo con atleti infortunati.
Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. American Psychological Association.	R. Elliot et al.	2004	Articolo	Descrizione teorica dell'Emotion Focused Therapy.
Expressive Arts Therapy as a Psychological Intervention Following Sport Injury	K. Ansari e F. Lalani	2014	Articolo	Descrizione teorica delle terapie che utilizzano le arti espressive e dell'implementazione di queste

				con atleti infortunati.
History, Theory, and Practice.	C. A. Malchiodi	2005	Capitolo di libro	Descrizione teorica delle terapie che utilizzano le arti espressive.
Athletes' experiences of expressive writing about sports stressors	J. Hudson e M. Day	2012	Articolo	Descrizione teorica della scrittura creativa e osservazione dell'impatto che ha se usata con un atleti infortunati.
Goal setting in sport injury rehabilitation.	M. Arvinen-Barrow e B. Hemmings	2013	Capitolo di libro	Descrizione teorica del goal setting implementato con atleti infortunati.
The performance profile in practice	R. L. Butler et al.	1993	Articolo	Descrizione del "profilo della performance", concetto da cui si ispira il "profilo della riabilitazione", utile all'uso del goal setting.
Psychological aspects of rehabilitation following serious athletic injuries with special reference to goal setting: A review study.	V. Armatas et al.	2007	Articolo	Descrizione dell'uso del goal setting e osservazione dell'impatto di questa forma di intervento psicologico quando implementata con atleti infortunati.
Imagery in sport injury rehabilitation.	M. Arvinen-Barrow et al.	2013	Capitolo di libro	Descrizione teorica dell'imagery implementata con atleti infortunati.
Imagery use in sport: A literature review and applied model.	K. A. Martin	1999	Articolo	Descrizione teorica dell'utilizzo dell'imagery nello sport.

Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis	M. Driediger	2006	Articolo	Descrizione dell'imagery e ricerca qualitativa che osserva l'impatto dell'imagery realizzata con atleti infortunati.
Relaxation techniques in sport injury rehabilitation.	N. Walker e C. Heaney	2013	Capitolo di libro	Descrizione teorica delle tecniche di rilassamento implementate con atleti infortunati.
Self-Talk in sport injury rehabilitation.	N. Walker e J. Hudson	2013	Capitolo di libro	Descrizione teorica del self-talk implementato con atleti infortunati.
Assessing the effectiveness of selftalk interventions on endurance performance.	R. A. Hamilton et al.	2007	Articolo	Descrizione dell'impatto dell'uso del self-talk con atleti di endurance infortunati.
Social support in sport injury rehabilitation.	M. Arvinen-Barrow e S. Pack	2013	Capitolo di libro	Descrizione teorica del supporto sociale e del suo ruolo nel recupero dagli infortuni.
Strategies for enhancing social support networks in sport: A brainstorming experience.	J. M. Richman et al.	1989	Articolo	Descrizione delle modalità attraverso le quali fornire supporto sociale a un atleta infortunato.

4.1 LO STATO DELL'ARTE DEGLI INTERVENTI PSICOLOGICI UTILIZZATI CON ATLETI INFORTUNATI

Nei paragrafi che seguono vengono descritte le forme di intervento psicologico da implementare con atleti infortunati per la gestione delle ricadute di un infortunio che sono emerse dalla ricerca bibliografica descritta precedentemente.

4.1.1 L' EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) CON ATLETI INFORTUNATI

In primo luogo, dalla letteratura emerge che l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) viene implementata con atleti infortunati nei casi in cui la lesione generi una serie di ricadute che in psicologia clinica vengono riassunte nella definizione del disturbo post-traumatico da stress (PTSD) (Reynoso-Sánchez & Hoyos-Flores, 2022). L'EMDR, quindi, è una tecnica di intervento che viene utilizzata nelle terapie cognitivo-comportamentali per ridurre l'ansia legata a situazioni che vengono descritte come traumatiche (Reynoso-Sánchez & Hoyos-Flores, 2022). Essa è stata introdotta a ridosso degli anni '90 del secolo scorso da Francine Shapiro (1948-2019), che l'ha definita una forma di terapia integrata che incorpora elementi appartenenti a diversi orientamenti psicologici e che fa uso di movimenti oculari, che funzionano da stimoli bilaterali, con lo scopo di integrare le informazioni psicologiche associate a una situazione "traumatica" e reindirizzarle verso una risoluzione adattiva che permetta all'utente di affrontare tale situazione in modo funzionale (Shapiro, 1999; Reynoso-Sánchez & Hoyos-Flores, 2022). Come suggerito da Shapiro (1999), l'EMDR si suddivide nelle seguenti otto fasi:

1. anamnesi e pianificazione del trattamento, nella quale il professionista opera uno screening approfondito dell'utente e ne valuta i comportamenti, le caratteristiche disfunzionali, quelli che secondo la definizione del PTSD sono considerati i sintomi per poi individuare gli aspetti su cui focalizzare il trattamento, che vengono scelti, dunque, sulla base di ciò che il terapeuta considera essere il fondamento della "patologia";
2. preparazione, che prevede l'instaurazione di una relazione terapeutica appropriata, la definizione di aspettative, l'educazione del cliente in merito alla sua sintomatologia, la definizione di una prospettiva appropriata per

l'elaborazione attiva del trauma e l'addestramento del cliente all'uso di una serie di abilità specifiche di coping e di tecniche di autocontrollo, al fine di eliminare rapidamente il disturbo e di accedere agli affetti positivi, nonché promuovere la stabilità emotiva dell'utente tra e durante le sessioni terapeutiche;

3. valutazione, in cui terapeuta e cliente identificano insieme il ricordo traumatico su cui si lavora, poi viene elicitata la credenza negativa legata ad esso e, infine, il terapeuta aiuta l'utente a generare una convinzione positiva che contraddica l'esperienza emotiva negativa;
4. desensibilizzazione, che comprende la valutazione del disturbo dell'utente con l'ausilio della scala SUD, l'elaborazione di intuizioni, cambiamenti nell'esperienza sensoriale legata al trauma, associazioni e aumento del senso di autoefficacia; in questa fase, al cliente viene chiesto di concentrarsi su un target mentre vengono avviati i movimenti oculari e gli viene altresì chiesto di “lasciare che ciò che accade, accada”, piuttosto che mantenere il bersaglio nella coscienza, al fine di creare un'associazione spontanea che, secondo i resoconti clinici, sembra suscitare materiale rilevante per il trauma;
5. installazione, che si concentra sull'incorporazione e sull'aumento della forza della cognizione positiva designata per sostituire la convinzione negativa originaria, che avviene accoppiando la prima al materiale precedentemente disfunzionale durante la stimolazione bilaterale;
6. scansione corporea, in cui l'utente accede sia all'evento traumatico su cui si focalizza il trattamento sia alla cognizione positiva identificata e, così facendo, rivela il suo attuale livello di disturbo fisiologico e/o affettivo, se presente; l'utente qui prende nota di qualsiasi tensione residua sperimentata sotto forma di sensazioni corporee e qualsiasi risposta somatica persistente viene poi presa in considerazione dal clinico per un'ulteriore rielaborazione, in quanto il trattamento terapeutico non è considerato completo finché permangono tensioni fisiche o altre sensazioni che indicano la presenza di altri disturbi;
7. chiusura, che serve a migliorare il senso di padronanza di sé dell'utente, mediante l'ausilio di una serie di tecniche di autocontrollo insegnate durante la fase di preparazione e le informazioni circa l'esperienza di elaborazione, cosa aspettarsi e cosa fare tra una seduta e l'altra;

8. rivalutazione del trattamento, nella quale il professionista valuta il grado di persistenza degli effetti del trattamento.

Questa sequenza di fasi può essere completata in poche sedute o nell'arco di mesi, a seconda delle esigenze del cliente e/o della gravità delle ricadute generate dall'infortunio sportivo. Infine, l'obiettivo generale di questo modello interventistico è quello di produrre gli effetti sostanziali nel più breve periodo di tempo possibile, mantenendo contemporaneamente la stabilità dell'utente (cioè evitando un sovraccarico emotivo) e un sistema equilibrato (ad esempio, adeguatamente integrato con i suoi sistemi familiari e sociali più ampi).

Reynoso-Sánchez e Hoyos-Flores (2022) hanno analizzato l'impatto della terapia EMDR nelle risposte psicofisiologiche di quattro atleti che hanno esperito stress in riferimento a un evento definito traumatico, verificatosi durante la pratica sportiva; in particolare, essi avevano in comune la caratteristica di aver subito un grave infortunio nei due anni precedenti la ricerca, che li aveva costretti a sottoporsi a un intervento chirurgico per recuperare (ad esempio, legamento crociato anteriore o lussazione della spalla). Quando è stato implementato l'intervento EMDR gli atleti erano stati dichiarati idonei alla pratica sportiva dai medici da dieci o dodici mesi. Ogni partecipante è stato intervistato da uno psicologo esperto in interventi EMDR per determinare la situazione specifica su cui lavorare e, successivamente, con l'obiettivo di identificare i livelli di ansia precompetitiva derivanti dall'evento traumatico vissuto dai partecipanti, gli atleti hanno risposto al Competitive State Anxiety Inventory-2RD (CSAI-2RD) tramite un'applicazione retrospettiva, quindi basata sulla memoria dell'evento traumatico. Dopodiché, è stata svolta una sessione di intervento con la tecnica EMDR con ogni partecipante, a cui è stata misurata la variabilità della frequenza cardiaca a intervalli di 5 minuti. Infine, subito dopo l'intervento e a distanza di due settimane da esso, i partecipanti hanno nuovamente risposto al CSAI-2RD. I risultati relativi all'applicazione del CSAI-2RD mostrano che i livelli di ansia somatica immediatamente successivi all'intervento EMDR migliorano per tre atleti, mentre a distanza di due settimane per due di essi. Invece, per quanto concerne l'ansia cognitiva, subito dopo l'intervento EMDR solo un atleta ha mostrato miglioramenti, mentre a due settimane da esso tutti e quattro. Stesso risultato a due settimane dalla misurazione per quanto riguarda l'intensità della fiducia in sé stessi, sebbene subito dopo l'intervento questa fosse aumentata solo per tre atleti. Relativamente

alla variazione della frequenza cardiaca, è stato possibile osservare un abbassamento di alcuni parametri misurati durante l'intervento EMDR, a indicare un senso di sicurezza e di benessere, ai quali tali parametri sono associati. Questi cambiamenti nella frequenza cardiaca sono avvenuti durante le fasi di riorganizzazione del vissuto traumatico dell'intervento EMDR. Alla luce di questi risultati, Reynoso-Sánchez e Hoyos-Flores (2022) hanno osservato che l'EMDR possa essere una forma di intervento psicologico in grado di abbassare i livelli di ansia e migliorare la fiducia in sé stessi negli atleti che hanno subito un infortunio.

4.1.2 L' EMOTION FOCUSED THERAPY (EFT) CON ATLETI INFORTUNATI

Un'altra tipologia di intervento utilizzata con gli atleti infortunati è la Emotion Focused Therapy (EFT) o Terapia Focalizzata sulle Emozioni, che promuove la concentrazione verso l'esperienza interna degli utenti, le cui emozioni sono l'oggetto di osservazione preponderante del terapeuta, in quanto esse indicano ciò che è importante per il benessere della persona e preparano quest'ultima ad agire per soddisfare i propri bisogni e raggiungere gli obiettivi, nonché attribuire significato alle esperienze (Tamminen & Watson, 2022). Come evidenziato da Elliott et al. (2004), nella Emotion Focused Therapy l'utente viene portato a esperire emozioni durante le sedute terapeutiche, nell'ottica di promuovere una maggiore accettazione, consapevolezza e comprensione delle stesse, al fine di incrementare le competenze di regolazione emotiva adattiva. Secondo i teorici della EFT, dunque, in virtù di ciò possono essere costruiti nuovi significati relativi alle esperienze vissute dall'utente.

Questa tipologia di intervento può essere utilizzata con gli atleti infortunati per la gestione e l'elaborazione delle ricadute psicologiche di un infortunio, comprese quelle legate all'identità degli atleti, al fine di consentire a questi ultimi di riprendere l'attività sportiva e raggiungere le prestazioni desiderate (Tamminen & Watson, 2022).

Come messo in luce da Elliott et al. (2004), la Terapia Focalizzata sulle Emozioni ha sei principi di base, che sono i seguenti:

1. l'importanza dell'evocazione ed elaborazione delle esperienze immediate, tra cui le emozioni, i significati, i ricordi, le percezioni, le tendenze all'azione e i pensieri;
2. il valore della libertà umana e dell'autonomia degli individui nella scelta delle proprie azioni, nella vita quotidiana e durante la terapia; pertanto, gli atleti vengono considerati gli esperti di sé stessi e ne viene promossa l'assunzione di responsabilità e l'autonomia;
3. la totalità dell'essere umano, ossia la sua trascendenza rispetto alla somma delle parti singole che lo costituisce; quindi, gli atleti non possono essere compresi ponendo attenzione a singoli aspetti in isolamento, bensì come sistemi all'interno dei quali le componenti singole funzionano in coro e generano qualcosa di altro;
4. la valorizzazione del pluralismo culturale e personale, che implica il riconoscimento e l'apprezzamento delle differenze; in virtù di ciò, in questa forma di intervento terapeutico viene dato spazio a ciò che è importante per lo sviluppo personale, anche qualora fosse considerato inadeguato o inadempiente alle norme socialmente costruite;
5. la preponderanza dell'autenticità, necessaria alla costruzione di una relazione autentica, basata su empatia, riconoscimento e interesse genuino nella crescita e nello sviluppo della persona; in questo modo, tale relazione diviene strumento per il raggiungimento del cambiamento terapeutico;
6. la convinzione per cui le persone crescano e si sviluppino continuamente nel corso della vita e che tale crescita non si interrompa con l'età adulta o al raggiungimento di una particolare fase o di un traguardo; un assunto fondamentale è, dunque, quello per cui le persone sono orientate alla crescita per natura e il raffronto con il dolore emotivo e la sofferenza è importante per realizzare il proprio sviluppo.

Il terzo principio sopra descritto si può osservare nella descrizione degli schemi emotivi e dell'elaborazione emotiva da parte di Tamminen e Watson (2022). Infatti, i due autori descrivono gli schemi emotivi, che includerebbero sensazioni corporee, percezioni-valutazioni, nonché componenti linguistiche, simbolico-concettuali e motivazionali, come uno strumento che consente di organizzare l'esperienza. Alla luce di ciò, le difficoltà nell'elaborazione delle emozioni possono sorgere se un atleta si impegna nell'elaborazione di una sola delle componenti che costituiscono uno schema emotivo. Ad esempio, alcuni atleti potrebbero usare solo il pensiero razionale per elaborare le

emozioni legate a un infortunio nel tentativo di ricercare una soluzione logica a esse e non elaborandole "realmente", trascurando aspetti legati alle sensazioni corporee, alle motivazioni e agli elementi percettivi (Tamminen & Watson, 2022).

Un altro elemento della matrice teorica della EFT da considerare è il modo di intendere le forme di risposta emotiva agli eventi. A questo proposito, Tamminen e Watson (2022) ne descrivono, in primo luogo, le emozioni primarie, che vengono intese come risposte iniziali, immediate e fondamentali a una situazione, che possono essere adattive, se per esempio un atleta reagisce con tristezza a un infortunio segnalando la necessità di un supporto, o disadattive, se ad esempio uno sportivo si arrabbia con il proprio corpo per averlo deluso a seguito di un infortunio e ignora il dolore proseguendo nell'attività sportiva, peggiorando così la sua condizione. In secondo luogo, le emozioni secondarie sono considerate delle reazioni emotive alle proprie risposte emotive iniziali, cioè alle emozioni primarie. Un esempio di queste ultime può riguardare un atleta che piange dopo aver ricevuto la notizia di un infortunio e, successivamente, si arrabbia con sé stesso per aver pianto nella convinzione di aver mostrato debolezza. Infine, un'altra forma di risposta emotiva è costituita dalle emozioni strumentali, espressione con cui si fa riferimento all'uso delle emozioni finalizzato all'ottenimento di un risultato desiderato, come nel caso in cui un atleta si mostra gioioso di fronte a compagni di squadra o allenatori nonostante abbia subito un infortunio per mostrare la propria forza agli altri.

Alla luce di quanto descritto, per un funzionamento adattivo degli atleti è fondamentale la regolazione delle emozioni, definita come la capacità di tollerare, essere consapevoli, esprimere linguisticamente e usare in maniera adattiva le emozioni per promuovere la soddisfazione dei bisogni e il raggiungimento di obiettivi (Elliott et. al, 2004). D'altra parte, secondo i teorici della EFT, la disfunzione della regolazione emotiva si può manifestare come un'incapacità di regolare gli stati emotivi negativi, ad esempio nel caso di un eccessivo ricorso a strategie di soppressione delle emozioni, o come comportamenti di regolazione emotiva non efficaci o disadattivi, qualora, per esempio, venissero adottati comportamenti impulsivi generati da rabbia che contribuiscono a un assetto conflittuale. Con l'obiettivo di gestire l'impatto psicologico di un infortunio, la forma di intervento costituita dalla EFT implica aiutare gli atleti a sviluppare strategie di regolazione emotiva adattive, promuovendo l'osservazione delle sensazioni corporee legate alle emozioni, l'etichettamento e la simbolizzazione delle emozioni, l'espressione dei bisogni e la ricerca

di supporto (Tamminen & Watson, 2022). Inoltre, aiutando gli atleti infortunati attraverso un linguaggio che può contenere emozioni negative e assistendoli nei momenti di maggiore sconforto e sopraffazione, consente a essi di elaborare la propria esperienza e riflettere su di essa (Tamminen & Watson, 2022).

Dal punto di vista metodologico, oltre a ciò che è stato osservato precedentemente, è importante mettere in luce che il piano terapeutico non è strutturato in modo predefinito, ma varia a seconda di ciò che l'atleta infortunato esprime come significativo e importante (Tamminen & Watson, 2022). In riferimento a ciò, il terapeuta utilizza degli indicatori presenti nei modi di esprimersi dell'atleta per riconoscere delle questioni specifiche su cui è necessario lavorare (Tamminen & Watson, 2022). Tra questi indicatori sono incluse affermazioni che rimandano a difficoltà specifiche, come sentimenti negativi verso sé stessi o gli altri, emozioni negative intense, nonché conflitti interpersonali, reazioni poco chiare o inaspettate e difficoltà nell'espressione emotiva (Tamminen & Watson, 2022). A questi, i terapeuti che utilizzano la EFT possono rispondere in modi diversi, enfatizzando la comprensione e l'affermazione dell'esperienza dell'atleta e l'esplorazione delle emozioni poco chiare, ma anche evidenziando e supportando il processo terapeutico (Tamminen & Watson, 2022).

Inoltre, pur non esistendo un piano terapeutico strutturato predefinito, nella EFT, per promuovere l'esplorazione dell'esperienza dell'atleta e l'elaborazione delle sue emozioni, vengono utilizzate diverse attività: il focusing esperienziale, il dialogo a due sedie e il lavoro con la sedia vuota (Tamminen & Watson, 2022). In primis, il focusing esperienziale viene usato per esplorare emozioni poco chiare ed è utile per sviluppare consapevolezza emotiva, prestare attenzione alla propria esperienza emotiva interna e promuovere l'auto-riflessione e consiste in una serie di interventi empatici e che indirizzano l'atleta verso alcuni temi che emergono come significativi. In secondo luogo, il dialogo a due sedie, invece, viene utilizzato per affrontare questioni relative all'autocritica o all'inibizione delle emozioni che riflettono un trattamento negativo di sé e consiste nell'invitare l'atleta a sedere su un'altra sedia rispetto alla sua solita e ad assumere il ruolo di quella parte di sé che si critica severamente; dopodiché, gli viene chiesto di tornare alla sedia su cui abitualmente siede e di esprimere alla parte di sé che lo critica come lo fa sentire ricevere quei biasimi; a quel punto, assume nuovamente il ruolo della parte critica di sé per rispondere; in sostanza, il terapeuta aiuta l'atleta ad

ingaggiare un'interazione con la parte autocritica di sé al fine di aiutare lo sportivo a riconoscere il dolore che il comportamento coercitivo implica e a trovare nuovi modi di interagire con sé stesso che gli consentano di raggiungere i propri obiettivi e rispettare le sue esigenze corporee che possono derivare da una situazione di infortunio (come il riposo prolungato). Infine, il lavoro con la sedia vuota viene utilizzato nel caso in cui un atleta abbia sentimenti negativi nei confronti di un'altra persona e consiste nel promuovere l'interazione fra quest'ultima (la cui presenza è immaginata) e l'atleta stesso, nella quale lo sportivo viene sostenuto e guidato nell'espressione dei propri sentimenti e delle proprie esigenze in un dialogo con l'altro immaginario e, successivamente, gli viene chiesto di assumere anche il ruolo di questo altro e di esprimersi come se fosse la persona verso cui prova sentimenti negativi. In questo modo, l'atleta fa esperienza di sé stesso e dell'altro e nell'interazione con l'altro immaginario viene promossa la comprensione di sé stesso e del punto di vista altrui.

Per concludere, dunque, l'Emotion Focused Therapy è una forma di intervento che può essere utilizzata con atleti infortunati per la gestione delle ricadute psicologiche soprattutto di tipo emotivo che un infortunio implica, attraverso un lavoro terapeutico che comprende soltanto l'atleta e il professionista a cui si rivolge.

4.1.3 L'INTERVENTO TERAPEUTICO ATTRAVERSO LE ARTI ESPRESSIVE RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI

Le forme d'arte espressive possono funzionare come dispositivo curativo e riabilitativo a fronte di una condizione di stress (Ansari & Lalani, 2014), quale può essere quella in cui un atleta si trova successivamente a un infortunio. La terapia attraverso le arti espressive viene definita come il coinvolgimento attivo nell'utilizzo di uno o più domini circoscritti dell'arte, tra cui musica, scrittura creativa, teatro, narrativa, poesia, arti visive, il gioco con la sabbia in cui ci si cimenta nel contesto della psicoterapia, del counseling, della riabilitazione o sanitario (Malchiodi, 2005).

A partire da queste discipline artistiche, dunque, sono state generate diverse forme di intervento terapeutico. In primo luogo, l'arte terapia consiste nell'uso di forme artistiche

concrete (come colori, dipinti, schizzi o sculture) e forme medialità (videoregistrazioni o fotografia) al fine di utilizzare il processo creativo, che si manifesta durante la creazione artistica, come strumento terapeutico che arricchisce la vita e diviene forma di comunicazione non verbale di pensieri e sentimenti inconsci, i quali trovano accesso alla coscienza mediante le immagini che vengono generate (Ansari & Lalani, 2014). In questa forma di intervento, durante un incontro il professionista e l'utente esplorano quanto quest'ultimo ha prodotto, utilizzando le caratteristiche della produzione artistica (colore, spazio, forma, associazione dell'utente con il prodotto) come punti di partenza per osservare e discutere ciò che l'utente sta comunicando attraverso l'arte. In secondo luogo, la musicoterapia è caratterizzata anzitutto da grande varietà rispetto alle procedure di applicazione, che sono legate al contesto clinico all'interno del quale vengono utilizzate e, dunque, agli operatori che le implementano, al loro background teorico e alla loro formazione (Ansari & Lalani, 2014). Tuttavia, tutti i professionisti che usano questa forma interventistica sostengono che l'ascolto di melodia sia una fonte di piacere, che il canto informale sia una fonte di stimolo e soddisfazione, che l'esplorazione formale delle forme musicali, delle loro strutture e della loro complessità sia fonte di gioia intellettuale, che ogni movimento del corpo ispirato dalla musica sia una fonte di energia fisica e, infine, che l'insieme armonico complessivo sia una matrice di connessione spirituale tra l'uomo e il suo sé interiore più emotivo, il suo ambiente culturale e le persone che lo circondano (Ansari & Lalani, 2014). Alla luce di ciò, la musica viene considerata come un mezzo per raggiungere un equilibrio tra interno ed esterno della persona, al fine di introdurre cambiamenti positivi nella psiche umana (Ansari & Lalani, 2014). In terzo luogo, la scrittura creativa, che può includere anche la scrittura di poesie o di racconti di finzione, consente agli utenti di esplorare i propri stati emotivi, diventare più consapevoli di sé, affrontare problemi ed emozioni negative e assumere punti di vista nuovi (Ansari & Lalani, 2014). Inoltre, la biblioterapia, che consiste nella lettura di poesie, o la terapia della finzione, che consiste nella lettura o scrittura di storie di finzione, possono contribuire a trovare elementi narrativi che aiutano l'utente a innescare processi parimenti alla scrittura creativa. Lo psicodramma, poi, viene definito come una forma di arte drammatica che promuove il benessere delle persone coinvolte mediante l'esplorazione, guidata da un esperto, di vari modi di essere nel mondo e di avere relazioni con altre persone (Ansari & Lalani, 2014). Ciò avviene con l'ausilio di esercizi che comprendono

musica, movimento, rilassamento fisico, narrazioni, sogni guidati, immagini e gioco; al fine di rendere questo possibile è essenziale costruire uno spazio drammaterapeutico all'interno del quale far sentire i partecipanti al sicuro e in cui poter stabilire, nel rispetto della privacy e di ciò che può mettere a proprio agio l'utente, la realtà drammatica; se la creazione di questo spazio si realizza, allora vi è la possibilità di produrre esperienze significative (Ansari & Lalani, 2014). Oltre a queste, tra le forme d'arte espressive si annovera anche la terapia del gioco con la sabbia nella quale l'utente dispone di uno spazio di lavoro delimitato, pavimento e pareti dipinti con vernice blu brillante, scatole di sabbia secca e umida e, a volte, piccole figure che corrispondono a persone, animali, oggetti naturali, case, ponti, navi, creature fantasy e figure religiose (Ansari & Lalani, 2014). Gli utenti, adulti o bambini, vengono incoraggiati a giocare con la sabbia e a creare modelli di oggetti oppure a crearne di propria immaginazione e a presentarli poi come se fosse una scena concreta, in modo da unire il mondo interno ed esterno attraverso l'immaginazione (Ansari & Lalani, 2014).

Tutte queste forme d'arte vengono usate come interventi terapeutici in diversi tipi di psicoterapia, in quanto aiutano gli utenti a imparare a gestire situazioni emotivamente complesse in vari modi e ad aumentare la consapevolezza personale (Ansari & Lalani, 2014). Alla luce di ciò, possono essere implementate altresì con atleti infortunati al fine di gestire le ricadute psicologiche che un infortunio ha su uno sportivo. A tal proposito, sebbene la letteratura relativa all'utilizzo di forme d'arte espressive come interventi terapeutici nel contesto degli infortuni sportivi non sia vasta, ci sono diversi studi che ne mostrano l'implementazione e l'impatto (Ansari & Lalani, 2014). Ad esempio, Hudson e Day (2012) hanno condotto una ricerca con l'obiettivo di esplorare le esperienze degli atleti riguardo alla scrittura creativa incentrata sui fattori stressanti, tra cui gravi infortuni, nelle competizioni sportive e i cambiamenti nelle loro prospettive a seguito dell'esercizio di scrittura. In questo studio i partecipanti hanno partecipato a sei sessioni sperimentali in giorni separati per un periodo di due o tre settimane. Nella prima sessione hanno fornito dettagli demografici e consenso informato, nelle altre hanno completato un compito di scrittura creativa incentrato sul loro fattore stressante, della durata di 20 minuti. Nella sessione finale, inoltre, sono state condotte interviste semi-strutturate che si sono concentrate sull'esplorazione delle esperienze dei partecipanti in riferimento all'uso della scrittura focalizzata sul fattore stressante, eventuali cambiamenti nella percezione di sé e

del fattore stesso, eventuali cambiamenti nell'approccio al futuro e sull'esperienza del processo di scrittura e il suo utilizzo come strategia terapeutica. Dai risultati è emerso che i testi iniziali prodotti dai partecipanti vertevano su narrazioni legate alla performance sportiva, in cui venivano evidenziate le abilità sportive e le capacità di superare ostacoli; tuttavia, tali narrazioni venivano messe in discussione a fronte di un evento stressante, come può essere un infortunio, che minacciava il livello di abilità degli atleti, la capacità di avere successo o persino la loro identità di atleta. I partecipanti, dunque, faticavano inizialmente ad assimilare il fattore stressante nelle loro narrazioni. I testi finali, invece, la cui analisi si è basata sui cambiamenti della struttura e del contenuto rispetto a quelli iniziali, mettevano in luce come per la maggior parte dei partecipanti l'esperienza stressante fosse stata assimilata alla narrazione della performance e configurata come un ostacolo temporaneo che poteva essere superato o come un'occasione di apprendimento. Questi cambiamenti narrativi hanno implicato emozioni e aspirazioni positive per le future performance sportive. In più, gran parte dei partecipanti ha considerato l'esercizio di scrittura centrato sul fattore stressante come utile per la riconsiderazione dello stesso, attraverso l'assunzione del punto di vista degli altri, la riattribuzione di colpa per l'evento, la comprensione del suo significato e dei benefici e la possibilità di immaginare un ritorno a performance sportive di successo. Scrivere sul fattore stressante, dunque, ha offerto ai partecipanti l'opportunità di riflettere su di sé, sviluppare una maggiore fiducia in sé stessi, confrontarsi con il fattore stressante e superarlo, rinnovare la passione e la motivazione per il loro sport e, per alcuni, trovare nella scrittura una forma di catarsi grazie a cui gestire emozioni irrisolte.

Hudson e Day (2012), quindi, hanno osservato l'efficacia di un intervento terapeutico implementato attraverso una delle forme d'arte espressive, cioè la scrittura creativa, che è risultata un'attività utile per la promozione di nuove narrazioni con le quali generare nuovi significati in merito agli infortuni e aprire lo spazio a possibilità che prima dell'intervento non erano contemplate.

4.1.4 GOAL SETTING CON ATLETI DURANTE LA RIABILITAZIONE DA UN INFORTUNIO

Stabilire degli obiettivi ben definiti è una delle strategie più utilizzate nell'ambito della psicologia dello sport ed è utile al conseguimento di un fine specifico: migliorare le prestazioni (Arvinen-Barrow & Hemmings, 2013). Ciò è valido anche per quanto riguarda il processo riabilitativo che si innesca a seguito di un infortunio, durante il quale definire obiettivi chiari aiuta a recuperare pienamente le condizioni fisiche e mentali precedenti all'infortunio (Arvinen-Barrow & Hemmings, 2013).

Secondo Arvinen-Barrow e Hemmings (2013), sono state definite tre tipologie di obiettivo:

- l'obiettivo di risultato, riguardante l'esito di un evento o di una competizione, come la vittoria dello stesso, per esempio, e coinvolgono un confronto interpersonale con avversari;
- l'obiettivo di prestazione, che è focalizzato sul raggiungimento di un livello preciso di performance sportiva, che viene messo a confronto con le prestazioni personali precedenti e non con quelle degli altri atleti;
- l'obiettivo di processo, incentrato sulle azioni e in generale su ciò che un atleta deve fare per raggiungere il livello di prestazione che desidera.

L'utilizzo di tutte e tre le tipologie di obiettivo, piuttosto che di una sola, aiuta a raggiungere prestazioni migliori e contribuisce allo sviluppo psicologico dell'atleta.

In relazione alla definizione degli obiettivi durante il processo di riabilitazione da un infortunio, Arvinen-Barrow e Hemmings (2013) hanno descritto quattro fasi:

1. valutare e identificare le esigenze personali e fisiche degli atleti per una riabilitazione efficace;
2. identificare e definire obiettivi efficaci;
3. considerare gli elementi che possono impattare l'efficacia della definizione degli obiettivi;
4. seguire un programma per integrare la definizione degli obiettivi nel processo di riabilitazione dall'infortunio.

Rispetto a queste fasi gli autori sopra citati hanno descritto alcune linee guida utili a migliorare l'efficacia dell'utilizzo della strategia di definizione degli obiettivi. In particolare, per quanto concerne la prima fase, indicano come strumento utile il profilo di

riabilitazione, che è una versione applicata al processo riabilitativo del profilo delle performance, ossia un metodo che consiste nell'individuare quali siano le qualità necessarie per ottenere una performance di livello alto dal punto di vista di un atleta e una volta che lo sportivo ha individuato questi aspetti viene invitato a valutarsi su ciascuno di essi e a costruirsi il proprio profilo (Butler et al., 1993). L'atleta infortunato, quindi, dovrebbe definire le qualità necessarie affinché il processo riabilitativo sia efficace e a partire da queste definire degli obiettivi da condividere con l'équipe medica che lo segue. Relativamente alla seconda fase, invece, gli autori descrivono alcuni principi utili alla definizione di obiettivi appropriati ed efficaci. In primo luogo, comprendere l'importanza di stabilire il tipo giusto di obiettivi, che secondo alcuni implica soprattutto vertere su quelli di processo, che sono più facilmente controllabili dall'atleta e direttamente legati ai suoi sforzi, nonché finalità a breve e a lungo termine da collegare ad aspetti della performance con cui l'atleta ha familiarità. In secondo luogo, stabilire obiettivi specifici e misurabili, grazie ai quali poter monitorare i progressi della riabilitazione e sostenere lo sforzo nelle diverse fasi della riabilitazione. Senza tale monitoraggio l'atleta potrebbe sostenere che il recupero non stia procedendo e, come ricaduta di ciò, diminuire la motivazione a intraprendere il processo riabilitativo. In terzo luogo, stabilire obiettivi che siano sfidanti ma raggiungibili, per garantire un alto livello di motivazione dell'atleta. Inoltre, concentrarsi sul grado di raggiungimento degli obiettivi, piuttosto che sul risultato assoluto, per garantire che rimangano accessibili e significativi per l'atleta e gestire eventuali dilatazioni dei tempi di recupero. Infine, stabilire obiettivi che siano formulati in modo positivo al fine di promuovere auto-narrazioni positive che contribuiscono alla riabilitazione.

In merito alla terza fase, Arvinen-Barrow e Hemmings (2013) descrivono alcuni elementi che possono avere un impatto sull'efficacia della definizione degli obiettivi. In primis, i due studiosi descrivono come essenziale che la strategia di stabilire degli obiettivi sia considerata parte integrante della riabilitazione dagli atleti infortunati e dai professionisti della medicina sportiva. Inoltre, gli autori sottolineano l'importanza di considerare la definizione degli obiettivi come un processo dinamico che deve essere condiviso tra atleta, chi lo allena e professionisti della medicina, in modo tale da facilitare una maggiore comunicazione tra le parti, una migliore comprensione e consapevolezza dell'infortunio e del processo di riabilitazione e aumentare la fiducia reciproca. Perché la definizione

degli obiettivi sia efficace. dunque, deve essere un processo che include l'atleta, chi lo allena e i professionisti della riabilitazione. Infine, i due autori considerano fondamentale che gli atleti accettino gli obiettivi che vengono stabiliti e condivisi con chi li circonda, in maniera tale da promuovere l'impegno nel conseguimento dei fini che si pongono.

Per quanto riguarda la quarta fase, Arvinen-Barrow e Hemmings (2013) mettono in luce che per integrare la definizione degli obiettivi nel processo di riabilitazione da un infortunio si dovrebbe seguire un programma che comincia con la discussione degli aspetti fisici critici della riabilitazione, prosegue con la fissazione di obiettivi per ognuno dei componenti del recupero fisico (gamma di movimento, forza, stabilità, resistenza e qualsiasi altro parametro fisico rilevante) e finisce con la discussione degli obiettivi di carattere psicologico. Inoltre, è opportuno trovare con gli atleti delle strategie utili al perseguimento delle finalità poste, le quali devono essere anche riviste e rivalutate regolarmente nel rispetto dei principi descritti sopra.

La letteratura mette in luce che la definizione di obiettivi durante il processo di riabilitazione è una forma di intervento psicologico che ha un impatto positivo sugli atteggiamenti dell'atleta infortunato, relativi all'accettazione dell'infortunio, alla sua fiducia nelle possibilità di recupero e, soprattutto, sull'aderenza al programma di riabilitazione (Armatas, Chondrou, Yiannakos, Galazoulas e Velkopoulos, 2007). In riferimento a quest'ultima, poiché la ricerca osserva che l'aderenza al trattamento riabilitativo è un elemento che incrementa considerevolmente le possibilità di successo del percorso di recupero da un infortunio, implementare interventi che promuovano il rispetto dei compiti assegnati a un atleta durante la riabilitazione può essere utile per massimizzare l'efficacia di tale processo.

4.1.5 L'IMAGERY COME INTERVENTO PSICOLOGICO CON ATLETI DURANTE IL PERCORSO DI RIABILITAZIONE DA UN INFORTUNIO

Nel contesto dello sport e della corsa, l'imagery si può definire come un'attività con cui l'atleta genera una chiara rappresentazione mentale di alcuni elementi che riguardano l'attività sportiva, quali il luogo in cui questa si pratica, la prestazione, le condizioni nelle quali si pratica, le persone coinvolte, le emozioni e i sentimenti (Arvinen-

Barrow et al, 2013). Per quanto concerne nello specifico la riabilitazione da un infortunio, invece, l'imagery può essere utilizzata dall'atleta per creare delle immagini inerenti a diversi elementi del processo di guarigione, come ad esempio la parte del corpo infortunata che torna ai normali livelli di funzionamento, il completamento con successo degli esercizi di riabilitazione, il superamento del dolore o di qualsiasi emozione associata all'infortunio e al recupero (Arvinen-Barrow et al, 2013).

In accordo con Arvinen-Barrow et al. (2013), in letteratura sono state proposte quattro tipologie di imagery utili per la riabilitazione da un infortunio:

1. imagery della guarigione, che fa riferimento alla produzione di rappresentazioni mentali in cui l'atleta visualizza e percepisce che la parte del corpo infortunata guarisce; per il suo utilizzo è essenziale che l'atleta abbia piena comprensione del proprio infortunio, conoscenza del processo di guarigione anatomica e dell'aspetto che la parte del corpo lesionata assumerà una volta guarita, tutti elementi per i quali è necessario che lo sportivo infortunato sia formato;
2. imagery per il controllo del dolore, che consiste nella creazione da parte dell'atleta infortunato di immagini di sé stesso privo di dolore, al fine di gestire l'impatto che quest'ultimo ha sulle sue emozioni;
3. imagery del processo di riabilitazione, che si riferisce alla creazione di immagini riguardanti diversi elementi del percorso riabilitativo che l'atleta sperimenta, quali, ad esempio, il completamento degli esercizi, l'aderenza al programma di recupero e il superamento di ostacoli e difficoltà, al fine di promuovere una descrizione di sé stesso come autoefficace;
4. imagery della prestazione, che consiste nell'immaginare sé stessi durante un allenamento o una gara di corsa; tale esercizio può contribuire a gestire le narrazioni con cui emergono preoccupazioni legate al ritorno alla pratica sportiva dopo un infortunio.

Inoltre, al fine di rendere efficace l'utilizzo delle tipologie di imagery sopra descritte nel contesto della riabilitazione da infortunio sportivo e di integrare questa forma di intervento alla riabilitazione, si possono seguire due fasi: utilizzare un approccio teorico per determinare il tipo di immaginazione appropriato e seguire un programma per integrare l'immaginazione nella riabilitazione da infortunio. In riferimento alla prima fase, Arvinen-Barrow et al. (2013) mettono in luce che, a fronte del fatto che non esiste ancora

un quadro teorico specifico per l'integrazione dell'imagery nella riabilitazione, si possa usare un modello teorico per l'uso della stessa nello sport più in generale, come il modello applicato di utilizzo dell'imagery nello sport (in inglese Applied Model of Imagery Use in Sport, AMIUS; Martin et al., 1999), per il quale la tipologia di imagery utilizzata dall'atleta, che varia a seconda della situazione in cui viene usata, e le capacità dello sportivo di creare immagini possono avere un impatto sull'efficacia dell'intervento. Per quanto concerne la seconda fase, invece, gli autori sopra menzionati hanno descritto il programma da seguire per l'integrazione dell'imagery nella riabilitazione sportiva e hanno delineato cinque step:

1. educare l'atleta relativamente all'applicazione dell'imagery e ai suoi benefici qualora venisse integrata alla riabilitazione da infortunio;
2. valutare la capacità di imagery dell'atleta attraverso delle domande legate a quali siano il suo utilizzo attuale di questa tecnica e la sua storia precedente con essa, alla frequenza con cui l'abbia usata e in quale contesto e, infine, all'efficacia del suo utilizzo nelle esperienze passate, al fine di utilizzare quanto emerge per la costruzione di un programma da integrare alla riabilitazione;
3. assistere l'atleta nello sviluppo di competenze di base rispetto all'imagery, soprattutto in merito alla possibilità di creare immagini chiare e realistiche che coinvolgono tutti i sensi e di manipolare tali immagini;
4. una volta completato lo step precedente, incoraggiare l'atleta a praticare l'imagery prima, durante e dopo le attività di riabilitazione e nel tempo libero;
5. integrare l'imagery tra le attività del programma di riabilitazione.

In riferimento all'efficacia dell'intervento in esame nella gestione dell'impatto psicologico di un infortunio, è stato osservato essere uno strumento utile agli atleti durante il periodo in cui non possono praticare attività sportiva. Rispetto a ciò, ci sono varie ricerche che mostrano il ruolo dell'imagery durante il processo riabilitativo. Ad esempio, Driediger et al. (2006) hanno condotto una ricerca qualitativa per esplorare le narrazioni dei partecipanti, che erano dieci atleti infortunati, in merito all'uso dell'imagery durante il processo riabilitativo. Dai risultati emerge che utilizzarla prima e durante l'esecuzione di un esercizio riabilitativo aiuta a eseguirlo e ad acquisire nuovamente un'abilità motoria precedentemente automatizzata. Inoltre, gli atleti hanno dichiarato di utilizzare questa tecnica per incrementare la motivazione a svolgere gli esercizi di riabilitazione,

mantenere la concentrazione e affrontare situazioni difficili durante la riabilitazione. In più, hanno anche messo in luce che l'uso dell'imagery gli consente di gestire lo stress legato all'infortunio e all'incapacità di praticare attività sportiva, nonché promuovere il rilassamento. Il dolore, invece, è stato gestito attraverso un uso che verteva sulla distrazione da esso o la preparazione a viverlo, oppure addirittura a bloccarlo visualizzandolo mentre si dissipa (*"Piuttosto che pensare al dolore, smetto semplicemente di pensarci. Non so se vado in un posto specifico. Tipo, non so se vado davvero in un posto felice o altro. Ma, in qualche modo, smetto... come se spegnessi la mia mente dal dolore."*). Infine, gli atleti hanno descritto altresì un uso dell'imagery finalizzato a evitare un nuovo infortunio (*"Come ho detto, immagino il mio limite, fino a dove posso spingermi senza infortuni"*).

Alla luce di ciò, quindi, l'imagery è una forma di intervento psicologico che viene descritta come efficace per quanto riguarda la gestione di vari aspetti che seguono un infortunio, quali la guarigione, il dolore, il processo riabilitativo e il ritorno a performance ottimali.

4.1.6 TECNICHE DI RILASSAMENTO COME INTERVENTO PSICOLOGICO RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI

Il rilassamento può essere definito come un temporaneo e deliberato ritiro dalle attività quotidiane con cui si moderano le funzioni del sistema nervoso simpatico, il quale si attiva particolarmente durante condizioni stressanti (Walker & Heaney, 2013). In letteratura è stato suggerito che l'utilizzo di tecniche che promuovono il rilassamento, come lo yoga, il rilassamento muscolare progressivo o tecniche di controllo della respirazione, siano utili ad atleti infortunati che iniziano un processo riabilitativo (Walker & Heaney, 2013).

Le tecniche di rilassamento vengono comunemente suddivise in due categorie: fisiche, che riguardano le componenti somatiche e il cui obiettivo è quello di rilasciare la tensione fisica del corpo, e mentali, riguardanti le componenti cognitive e con le quali si mira a rilassare la mente. Tra le prime si annoverano il rilassamento muscolare progressivo e il controllo della respirazione, che sono risultate le più efficaci per un atleta infortunato; tra

le seconde, invece, è compresa la mindfulness, che negli ultimi anni è sempre più diffusa tra gli atleti. In primo luogo, il rilassamento muscolare progressivo (Progressive Muscolare Relaxation o PMR) è la tecnica più utilizzata e insegnata nello sport e promuove il rilassamento di specifici gruppi muscolari in tensione (Walker & Heaney, 2013). In virtù di ciò, l'atleta impara a riconoscere la tensione muscolare e a rilasciarla. Tale forma di intervento consiste nel contrarre e rilassare gruppi di muscoli prestando attenzione alle sensazioni di tensione e rilassamento; in particolare, la fase di tensione dovrebbe durare circa dieci secondi, mentre quella di rilassamento circa trenta (Walker & Heaney, 2013). In secondo luogo, le tecniche di controllo della respirazione sono considerate utili per un atleta infortunato sulla base della convinzione per cui una respirazione lenta ha proprietà allevianti per lo stress e l'ansia, in quanto sottende l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico, il quale è associato a stati di calma e sicurezza, al contrario del sistema nervoso simpatico, associato a stati di ansia e respiri brevi e affannosi (Walker & Heaney, 2013). In accordo con Walker & Heaney (2013), le tecniche di respirazione più efficaci da utilizzare con atleti infortunati sono tre: il centering, la respirazione diaframmatica e il ratio breathing. In riferimento alla prima di queste, il lavoro consiste nel focalizzare l'attenzione dell'atleta sul suo centro di gravità per ottenere una sensazione di stabilità ed equilibrio, nonché concentrarsi su come l'attività che si sta svolgendo debba essere eseguita (ad esempio, esercizi di riabilitazione). In virtù di ciò, sarebbe possibile eliminare le sensazioni di ansia e svolgere gli esercizi riabilitativi in maniera più efficiente. Per quanto riguarda la respirazione diaframmatica, il primo compito è quello di guidare l'atleta a prendere consapevolezza dei suoi schemi respiratori abituali e di come si respira col diaframma; dopodiché si eseguono una serie di esercizi finalizzati a promuovere l'utilizzo di tale organo per respirare, che implica l'espansione delle costole e degli addominali quando si inspira e la ritrazione degli stessi quando si espira. Questa forma di intervento può essere utilizzata da un atleta infortunato per rilassarsi in preparazione dell'esecuzione di un esercizio riabilitativo o durante l'esercizio stesso, al fine di incrementare l'intensità del lavoro svolto. Infine, il ratio breathing è una tecnica di respirazione profonda durante la quale ci si focalizza sul conteggio del numero di inspirazioni ed espirazioni; questa direzione dell'attenzione risulterebbe utile per distrarsi dai pensieri negativi.

Come menzionato sopra, tra le tecniche di rilassamento mentali rientra la mindfulness, che è sempre più popolare tra gli atleti (Walker & Heaney, 2013) e che è stata definita come uno stato mentale nel quale si concentra l'attenzione sulla propria esperienza attuale, in particolare nei suoi aspetti sensoriali, mentali, cognitivi ed emotivi, senza giudizi valoriali, che si raggiunge tramite esercizi di respirazione e meditazione. Pertanto, può essere utilizzata dagli atleti infortunati per rilassare corpo e mente e diventare consapevoli della loro situazione, così come per massimizzare l'efficienza dell'esecuzione degli esercizi durante la riabilitazione e, in questo modo, incrementare i benefici del recupero dall'infortunio (Walker & Heaney, 2013).

Per riassumere, con gli atleti infortunati le tecniche di rilassamento possono essere utilizzate per occuparsi di tre aspetti principali:

- la gestione del dolore, attraverso la riduzione della richiesta di ossigeno nei tessuti, la diminuzione dei livelli di sostanze chimiche che possono generare dolore (come l'acido lattico), il rilascio di endorfine che interagiscono con i recettori degli oppiacei nel cervello per ridurre le percezioni del dolore e la distrazione dal dolore stesso;
- l'alleviamento dello stress e dell'ansia, attraverso la gestione della tensione muscolare;
- l'aumento della concentrazione, della fiducia in sé stessi e del controllo personale, che si raggiunge in virtù dei due punti precedenti.

Tutti questi elementi sono fondamentali al fine di rendere efficace il percorso di riabilitazione che deve seguire un atleta a seguito di un infortunio.

Per concludere, oltre al contributo descritto sopra, le tecniche di rilassamento possono essere uno strumento che lo sportivo usa anche dopo aver recuperato dall'infortunio, durante gli allenamenti e le competizioni o per far fronte a nuove situazioni che risultano stressanti, gestendo così la possibilità di subire un altro infortunio o ledere nuovamente la parte del corpo lesa precedentemente.

4.1.7 IL SELF-TALK USATO CON E DAGLI ATLETI INFORTUNATI

In accordo con Walker & Hudson (2013), il self-talk può essere definito come una serie di verbalizzazioni rivolte a sé stessi che è multidimensionale, dinamico, caratterizzato da elementi interpretativi che rientrano nei contenuti delle verbalizzazioni e, infine, che svolge una funzione per l'atleta. Le autrici descrivono diverse tipologie di self-talk, ognuna delle quali può essere distinta in due poli che costituiscono un continuum. In primo luogo, il self-talk può essere overt, se ciò che l'atleta dice viene esternalizzato verbalmente consentendo ad altri di sentirlo, o covert, qualora l'atleta parli a sé stesso in maniera silenziosa, ergo non udibile da altre persone. In secondo luogo, tale forma di intervento psicologico può essere assegnata, nel caso in cui ciò che viene detto dall'atleta è controllato da agenti esterni, come professionisti della medicina sportiva o psicologi, oppure autodeterminata, se l'atleta infortunato ha pieno controllo rispetto a ciò che dice a sé stesso. Un ulteriore continuum con cui si può descrivere il self-talk è quello dei poli della negatività e positività. Rispetto al primo, sono comprese tutte quelle narrazioni autocritiche, che pongono ostacoli al successo riabilitativo e promuovono ansia; in riferimento al secondo, invece, si intendono le narrazioni che promuovono la lode di sé stessi e che vengono utilizzate per mantenere la propria attenzione nel presente. Infine, il self-talk può assumere una funzione informativa ovvero motivazionale. Per quanto riguarda la prima, vi rientrano le narrazioni che contribuiscono ad aumentare l'attenzione su aspetti tecnici che sono rilevanti per l'esecuzione degli esercizi riabilitativi che richiedono abilità, tempismo e precisione; d'altra parte, per quanto concerne la seconda, le narrazioni consentono di aumentare lo sforzo, la fiducia o creare stati d'animo positivi quando si eseguono attività riabilitative basate sulla forza o sulla resistenza. Inoltre, vi sono poi alcune tecniche di self-talk specificamente utilizzate con atleti infortunati, quali il thought stopping e il reframing (Walker & Hudson, 2013). In merito alla prima di queste, alcuni autori hanno suggerito che in alcuni casi possa essere utile arrestare narrazioni inappropriate per favorirne di più funzionali attraverso tre step: promuovere la consapevolezza dell'atleta rispetto alla non appropriatezza di ciò che viene detto nel dialogo con sé stessi, imparare a utilizzare un segnale (una parola o un'immagine, ad esempio) utile a interrompere il self-talk inappropriato e, infine, sostituire quanto veniva detto inizialmente con una narrazione funzionale (Walker & Hudson, 2013). Il reframing, invece, consiste nella modificazione delle narrazioni con le

quali un atleta descrive e valuta l'infortunio al fine di gestire la possibile ansia che si genera a fronte di una lesione, e tutto ciò che essa implica (dolore, eventuali operazioni, riabilitazione), che può allontanare lo sportivo dall'allenamento o dalla competizione per un certo periodo di tempo (Walker & Hudson, 2013).

In generale, la letteratura mette in luce che, anche se il self-talk negativo viene descritto anche come sfidante e, quindi, utile per incrementare l'ingaggio dell'atleta nelle attività che deve svolgere (Hamilton et al., 2007), gli atleti dovrebbero essere guidati e incoraggiati all'utilizzo del self-talk positivo e funzionale durante la riabilitazione da un infortunio (Walker & Hudson, 2013). In più, come messo in luce da Walker & Hudson (2013), affinché l'intervento di self-talk abbia un impatto è importante che sia il professionista che segue l'atleta sia lo sportivo stesso credano nell'efficacia di questa forma interventistica.

4.1.8 IL SUPPORTO SOCIALE COME FORMA DI INTERVENTO PSICOLOGICO RIVOLTO AD ATLETI INFORTUNATI

In relazione al periodo di riabilitazione da un infortunio a cui va incontro un atleta a seguito di una lesione, si ritiene che il supporto sociale sia una forma di intervento che costituisce una risorsa di coping da cui gli atleti infortunati possono attingere (Arvinen-Barrow & Pack, 2013). In particolare, si ritiene che il supporto sociale durante la riabilitazione da infortuni possa offrire allo sportivo un senso di appartenenza e sicurezza che contribuisce a non descriversi come isolato e a disporre di una rete di sostegno (Arvinen-Barrow & Pack, 2013). Il supporto sociale, dunque, contribuisce alla gestione di alcune delle ricadute di un infortunio, quali valutazioni cognitive irrealistiche e risposte emotive o comportamentali indesiderate e, in questo modo, promuove delle risposte emotive positive nei confronti del processo di riabilitazione, promuovendo la partecipazione e l'aderenza al recupero (Arvinen-Barrow & Pack, 2013).

Inoltre, come suggerito da Arvinen-Barrow e Pack (2013), i diversi tipi di supporto sociale (ad esempio, emotivo, motivazionale, alla sfida tecnica del recupero, all'assistenza materiale) possono essere richiesti dall'atleta sulla base di elementi personali e situazionali, in base ai quali una tipologia specifica di supporto sociale è

benefica per un atleta infortunato in un dato momento. In più, altro aspetto importante da considerare è la fonte di supporto, che può derivare da diversi soggetti interagenti in base alla tipologia: i familiari e gli amici, ad esempio, sono più indicati per fornire supporto emotivo e ascolto; compagni di squadra e allenatori, invece, sono nella posizione giusta per fornire un supporto tecnico, materiale e motivazionale; i professionisti della medicina, infine, possono fornire soprattutto un supporto informativo, che migliora la comprensione dell'infortunio e della riabilitazione.

Richman, Hardy, Rosenfeld e Callanan (1989) hanno dato tre indicazioni rispetto a come fornire il supporto sociale:

1. deve essere fornito da una rete di individui;
2. deve essere sviluppato e coltivato;
3. funziona meglio se fa parte di un programma e non come risposta a un'emergenza.

Alla luce di ciò, è stato proposto di fornire supporto sociale tramite attività come il peer modelling, ergo far interagire un atleta infortunato con un altro atleta che ha subito un infortunio simile ed è guarito e tornato al livello di prestazioni precedente, oppure attraverso gruppi di supporto per infortuni e gruppi di miglioramento delle performance (Arvinen-Barrow & Pack, 2013).

Oltre a ciò, Arvinen-Barrow e Pack (2013) mettono in luce che per fornire supporto sociale a un atleta infortunato sia necessario osservare tre aspetti fondamentali: le caratteristiche di chi fornisce supporto, il supporto percepito rispetto a quello ricevuto e il possibile impatto negativo del supporto sociale. In riferimento al primo elemento citato, gli autori sostengono che chi fornisce supporto sociale debba essere un buon ascoltatore, saper riconoscere le differenze personali negli atleti, essere in grado di riconoscere lo sforzo, bilanciare l'uso di narrazioni sfidanti e di apprezzamento ed essere in grado di decidere l'attività giusta con cui fornire supporto. Rispetto al secondo elemento, invece, è importante che gli atleti descrivano il supporto che ricevono in linea con ciò che si aspettano di ricevere e che sia sempre disponibile quando necessario in modo da promuovere una valutazione positiva della riabilitazione e l'utilizzo di strategie di coping efficaci. Infine, gli autori sopra menzionati evidenziano che il supporto sociale può avere un impatto negativo sull'atleta infortunato e altresì sull'esito del processo di riabilitazione se fornito in modo insufficiente o inappropriato; perciò, è fondamentale che chi rientra

nel contesto interattivo dell'atleta conosca e sia preparato ad adempiere al ruolo di fonte di supporto sociale.

5.

DISCUSSIONI

Nei capitoli precedenti è stata messa in luce l'importanza che la corsa può avere all'interno delle narrazioni identitarie di chi la pratica, nonché il possibile impatto psicologico a cui può andare incontro un corridore che si vede costretto a un periodo più o meno lungo di riposo. È proprio la modalità di gestione di ciò che un atleta può vivere successivamente a un infortunio la domanda dalla quale è partita la ricerca bibliografica che ha consentito di esplorare quali sono gli interventi disponibili ad oggi nel panorama scientifico della psicologia clinica. Riassumendo in maniera concisa e sintetica, gli interventi che sono emersi sono i seguenti:

- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR);
- Emotion focused therapy (EFT);
- Arti espressive;
- Goal setting;
- Imagery;
- Tecniche di rilassamento;
- Self-talk;
- Supporto sociale.

A partire da ciò, alla descrizione di ciascuno di essi che è stata portata nel capitolo precedente segue qui una serie di osservazioni che sono state proposte alla luce dei presupposti teorico-epistemologici di riferimento, esplicitati nel primo capitolo.

5.1 OSSERVAZIONI TEORICO-EPISTEMOLOGICHE E APPLICATIVE IN MERITO AGLI INTERVENTI PER LA GESTIONE DELL'IMPATTO PSICOLOGICO DI UN INFORTUNIO

Le prime osservazioni che possono essere proposte rispetto agli interventi descritti nel capitolo precedente sono dal punto di vista teorico ed epistemologico. In primo luogo, è opportuno soffermarsi anzitutto sull'EMDR e osservarne i fondamenti. Shapiro (1999)

descrisse questa forma di intervento terapeutico mettendo in luce il legame tra l'utilizzo di movimenti oculari e la possibilità di elaborare una situazione traumatica, che nel caso di un corridore infortunato può essere proprio il momento in cui l'infortunio emerge. Uno dei presupposti alla base di quanto affermato dalla studiosa è l'idea secondo cui i traumi verrebbero elaborati dal cervello e, quindi, sarebbe necessario un suo coinvolgimento per sciogliere i nodi che impediscono alla situazione traumatica di essere elaborata e gestita. A proposito di ciò, potrebbe sorgere una domanda: può il cervello essere considerato l'organo di elaborazione del trauma? La risposta può essere dipanata attingendo dalle riflessioni epistemologiche di Salvini (2004) e Turchi e Celleghin (2010) riportate nel primo capitolo. Alla luce di queste, per quanto concerne l'EMDR, si può osservare un'infrazione epistemologica nei termini in cui una categoria conoscitiva ipotetica, cioè il trauma psicologico, viene associata a una categoria conoscitiva percettiva, ossia il cervello, inteso propriamente come organo. Per descrivere questo inciampo può essere d'aiuto considerare l'etimologia del termine trauma, che deriva dal greco *trayma* e indica un perforamento o una trafittura e viene definito come una *“ferita o una lesione del corpo prodotta da cause esterne sia taglienti o laceranti, sia contundenti”* (Dizionario Etimologico Online). Dal momento in cui tale termine originariamente fa riferimento a un evento di carattere medico che concerne il corpo, il suo utilizzo in ambito psicologico è meramente figurato, cioè metaforico¹⁹. Infatti, nel caso del trauma psicologico non c'è nessun elemento percettivo, sensoriale, fisico che viene lesionato; pertanto, in psicologia esso diviene un costrutto ipotetico il cui valore o significato cambia e prende forme diverse ogni qualvolta viene utilizzato²⁰ e la cui esistenza, quindi, non è fattuale, bensì generata discorsivamente, cioè attraverso l'uso del linguaggio. Alla luce di ciò, il legame tra l'attività cerebrale e l'elaborazione del trauma psicologico non può essere osservato come dato fattuale. Pertanto, dato che, come sostiene Salvini (2004), *“tra il livello fisico e quello simbolico ci possono essere delle discontinuità categoriali evidenti ed*

¹⁹ La psicologia clinica mutua il linguaggio medico in quanto ciò di cui si occupa, non essendo un oggetto, appartiene al campo del discorso (Faccio E. & Salvini A., 2006). Tali prestiti linguistici servono a rappresentare ciò che è difficile descrivere in altri modi e ad essi può essere talvolta conferita realtà fattuale, come nel caso del trauma che in psicologia diviene una metafora ontologizzata, a cui è attribuita un'esistenza fattuale e non meramente discorsiva.

²⁰ Questo è uno dei principi del lavoro di Wittgenstein, il quale segnò una svolta per la nascita della psicologia discorsiva sostenendo che il significato di una parola dipende dal suo uso e che, quindi, il linguaggio ha una valenza negoziale e convenzionale (Harré R. & Gillet G., 1994; Salvini A. & Dondoni M., 2011). Perciò, la realtà si crea sulla base di convenzioni linguistiche e non di principi di verità.

incolmabili, per cui un livello non potrà mai annettersi sul piano scientifico-concettuale l'altro" (pp. 26), fondare un intervento sull'annessione tra cervello e trauma psicologico può essere rischioso nei termini in cui si delega al funzionamento cerebrale la promozione del cambiamento del valore d'uso delle parole che l'utente riporta. Inoltre, sempre rispetto all'EMDR, vi è un ulteriore elemento che può essere discusso: la prima delle otto fasi che Shapiro (1999) ha descritto, cioè l'anamnesi e pianificazione del trattamento. Come stabilito dalla studiosa, in questa fase il terapeuta sceglie quali sono gli aspetti su cui focalizzare il trattamento alla luce di valutazioni personali per cui viene stabilito quale sia il fondamento del "disturbo" dell'utente. In questo modo, però, il professionista utilizza le proprie categorie conoscitive (vale a dire i criteri in base ai quali viene definito il disturbo post-traumatico da stress) per determinare la realtà dell'utente, valutando e stabilendo quali sono gli elementi problematici e patologici che devono essere trattati. La ricaduta preponderante di questo *modus operandi* riguarda la mancata possibilità di entrare nel merito di ciò che l'utente dice e, proprio dicendo, ossia utilizzando il linguaggio, costruisce come realtà. Ciò implica il rischio di non gestire il valore, cioè il significato, che l'utente attribuisce a ciò che dice e, dunque, non affiancarlo nel cambiamento delle narrazioni in virtù delle quali si genera la realtà problematica che porta, pur procedendo con l'intervento. Tale problematica viene gestita diversamente nella EFT, in quanto due dei suoi principi cardine sono, in primis, quello di considerare l'atleta esperto di sé stesso, quindi primo costruttore della propria realtà, e, in secondo luogo, quello di dare spazio a ciò che l'utente ritiene importante per il proprio sviluppo, anche qualora non rispettasse le norme socialmente costruite. Quest'ultimo aspetto è un punto di forza della EFT, nella quale si supera l'utilizzo delle categorie psicodiagnostiche classiche (quelle presenti nelle edizioni del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali), i cui criteri riflettono delle regole socialmente definite che vengono reificate²¹ come verità fattuali e la cui mancata osservazione genera devianza. La matrice teorica dell'EFT consente, dunque, di riconoscere il primato dell'atleta infortunato sulla propria

²¹ Berger e Luckmann (1966) definiscono la reificazione come il grado estremo di oggettivazione della conoscenza prodotta dagli esseri umani, al quale il mondo oggettivato non viene più visto come una creazione umana e si fissa come una realtà fattuale. Citando i due studiosi "*i significati umani non sono più visti come qualcosa che produce il mondo, ma come prodotti della «natura delle cose»*" (pp. 119). Quanto riportato rientra all'interno di un lavoro più ampio: un trattato di sociologia della conoscenza in cui gli autori descrivono il processo in virtù del quale a partire dalle costruzioni sociali si genera una realtà che viene oggettivata, ossia considerata come vera ed esistente di per sé, e come questa venga mantenuta.

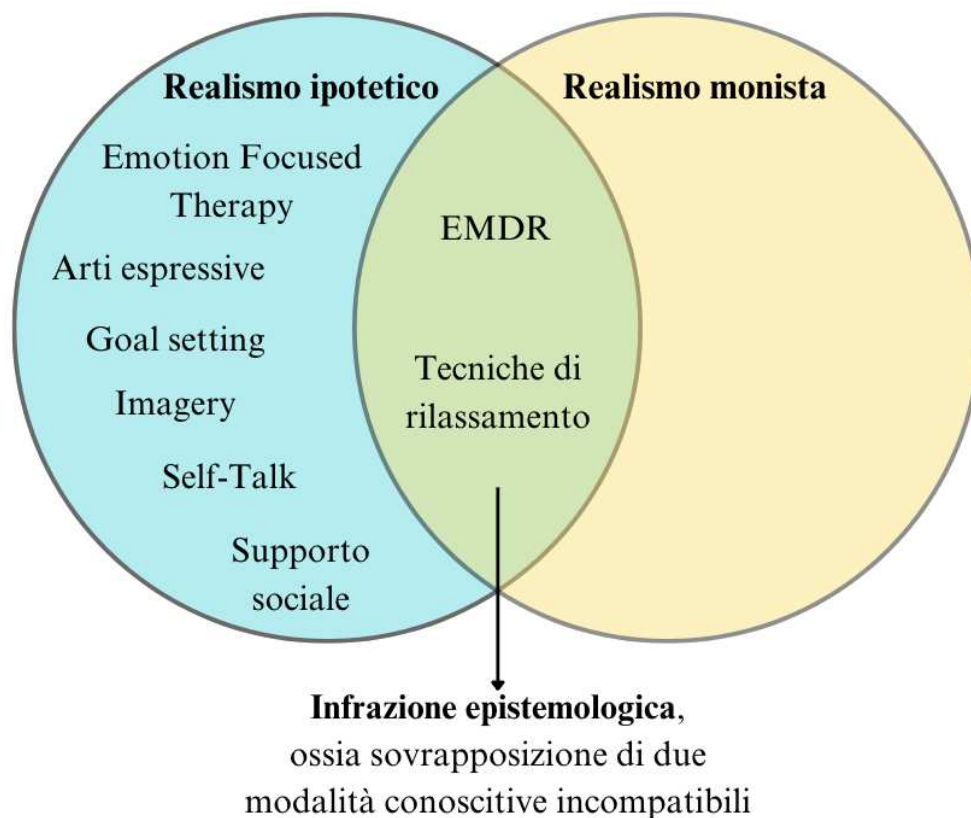
realtà discorsivamente generata e, siccome in questa forma terapeutica viene riconosciuta l'importanza della diversità culturale, anche la possibilità di, innanzitutto, definire il piano terapeutico in modo non predefinito ma sulla base di ciò che l'atleta mette in luce come significativo, e, in secondo luogo, di non attenersi necessariamente a ciò che viene socialmente stabilito come normale al fine di rendere efficace l'intervento psicologico.

Una questione simile a quella dell'EMDR rispetto all'individuazione di un legame tra dato percettivo e costruito ipotetico la si può sollevare per le tecniche di rilassamento; in particolare per quanto concerne l'associazione causalistica tra una respirazione lenta, che attiva il sistema nervoso parasimpatico, a la produzione dell'alleviamento dello stress e dell'ansia. Fin tanto che si fa riferimento alla tensione muscolare, allora l'attivazione del sistema nervoso parasimpatico può essere presa in esame; tuttavia, stabilire un nesso causale tra elementi neuro-fisiologici e costrutti, come quello dell'ansia, costituisce un'infrazione epistemologica, nella quale si mescolano due piani di realtà, due modi di conoscere diversi e non sovrapponibili, ossia uno che fa riferimento al percepito (realismo monista, nel caso della neurofisiologia) e un altro in cui si utilizza un termine che assume un valore diverso ogni qualvolta viene utilizzato (realismo ipotetico, nel caso dell'ansia).

Alla luce di ciò, in che modo le tecniche di rilassamento possono essere descritte come intervento psicologico? A tale quesito si può rispondere prendendo in esame le ricadute narrative dell'utilizzo di tali tecniche. Infatti, se il rilassamento muscolare consente di promuovere un uso del linguaggio con cui si descrive il risultato dell'intervento come mentalmente appagante e l'atleta infortunato nei suoi discorsi ne mette in luce l'utilità per quanto concerne la gestione di eventuali problematiche, allora le tecniche di rilassamento possono essere un intervento psicologico e non solamente per la gestione della tensione muscolare. Questo modo di concettualizzare tali tecniche consentirebbe di entrare nel merito di ciò che l'atleta infortunato dice e rimanere aderenti alla realtà che discorsivamente configura e costruisce, evitando alcuni rischi presenti qualora si pensasse che all'attivazione del sistema nervoso parasimpatico conseguisse automaticamente una diminuzione dell'ansia (ad esempio, un atleta dopo esercizi di rilassamento potrebbe sentirsi rilassato e in completa gestione dell'ansia relativa alle possibilità di tornare a correre, ma continuare a parlare di ansia rispetto alle prestazioni che otterrà una volta guarito; in questo caso l'ansia si sposterebbe da un "oggetto" a un altro, senza scomparire, pur avendo svolto gli esercizi che attivano il sistema parasimpatico).

Per quanto riguarda le arti espressive, il goal setting, l'imagery, il self-talk e il supporto sociale, dal punto di vista teorico non presentano alcuna infrazione epistemologica, in quanto rimangono aderenti al proprio piano conoscitivo, che è quello del realismo ipotetico. Quanto portato finora viene descritto nel grafico 1.

Grafico 1. Livelli di realismo in cui rientrano gli interventi psicologici emersi dalla ricerca bibliografica.



In riferimento al supporto sociale, però, può essere proposta un'osservazione rispetto alla terza indicazione fornita da Richman, Hardy, Rosenfeld e Callanan (1989) per l'implementazione di questa tipologia di intervento, che riguarda l'integrazione del supporto sociale in un programma più ampio piuttosto che come risposta a un'emergenza. A proposito di ciò, è utile distinguere quest'ultima dall'urgenza, in quanto sono due termini che, come suggerito da Turchi e Vendramini (2021), coprono spazi concettuali

diversi e questo ricade, poi, sulla loro applicazione. Da una parte, urgenza è un termine che deriva dal latino *urgēre*, ossia “spingere, sollecitare”, e se usato per descrivere una certa situazione indica la necessità di rispondere prontamente e rapidamente; dall’altra, emergenza deriva dal latino *emērgere*, composto della particella *e* (cioè “fuori di”) e *mērgere* (cioè “tuffare”), e indica il venire a galla, il venir fuori di qualcosa, che non necessariamente richiede una risposta celere. Nel caso dei corridori infortunati, dunque, l’emergenza riguarda tutta la serie di significati che vengono generati in virtù dell’uso del linguaggio in interazione con gli elementi del contesto interattivo all’interno del quale sono immersi (allenatori, altri atleti, compagni di squadra, familiari, amici, ecc). Alla luce di ciò, si può osservare che inserire il supporto sociale in un programma di riabilitazione più ampio vuol dire già rispondere a un’emergenza, cioè a ciò che emerge in termini di significati e narrazioni che vanno gestiti per limitare l’impatto delle ricadute psicologiche di un infortunio; pertanto, proponendo una dizione diversa da Richman, Hardy, Rosenfeld e Callanan, il supporto sociale funziona meglio se risponde a un'emergenza piuttosto che a un'urgenza. Dal punto di vista applicativo, la distinzione tra i termini in esame consente di lavorare su quanto viene fuori, cioè quello che il corridore infortunato dice, e nel frattempo gestire in anticipazione²² quello che potrebbe, in modo incerto e imprevedibile, urgere, ossia occuparsi anche di ciò che il corridore infortunato potrebbe dire o fare che richiede una risposta celere. Lavorare in anticipazione con ciò che emerge e potrebbe urgere vuole dire gestire i significati che il corridore potrebbe attribuire alla propria condizione anche a seguito dell’intervento di supporto sociale (ad esempio, a partire da un programma di riabilitazione in cui come figure di supporto sociale si coinvolgono allenatori e compagni di squadra per lavorare in anticipazione si possono coinvolgere anche altre figure, amicali o familiari, in modo tale da ridurre le possibilità di narrazioni nelle quali il corridore si descrive solo).

Un ulteriore aspetto da considerare di cui non è stata descritta alcuna modalità di gestione negli interventi riportati nei risultati riguarda la definizione di cosa sia un infortunio. Rispetto a ciò, nel secondo capitolo si è argomentato come i corridori definiscono un

²² Secondo Turchi e Orrù (2014), quello dell’anticipazione è un assunto che consente di “*evocare/gestire molteplici, differenti e incerte configurazioni discorsive che si possono verificare e che non si sono ancora verificate [...]*” (pp. 1-2). Tale concetto consente di operare uno scarto conoscitivo rispetto alla previsione, che le discipline scientifiche annoverate nel paradigma meccanicistico usano per delineare scenari futuri, e contemplare tutte le possibilità che possono verificarsi, anche quelle che apparentemente sono meno probabili.

dolore come un infortunio sulla base di valutazioni personali per le quali l'atleta ritiene di non essere più in grado di correre ottenendo le prestazioni che desidera oppure trova opportuno cessare la pratica della corsa per un periodo di tempo utile a recuperare da un dolore. A fronte di questo, può sorgere la seguente questione: qual è il rischio di definire un costrutto come quello dell'infortunio in maniera del tutto personale e non condivisa e da altri che rientrano nel proprio contesto interattivo? La risposta si trova nell'osservazione delle possibilità operative che la condivisione della definizione di infortunio genera laddove alla costruzione dell'alveo di significati che crea la realtà "infortunio" contribuiscono più ruoli che rientrano nel contesto interattivo del corridore. Infatti, mettere a disposizione di altri la propria definizione di un costrutto consente loro di allinearsi a essa e utilizzarla come base da cui partire per interagire in ottica di promozione della salute. Ad esempio, si pensi a una situazione in cui un corridore inizia a sentire dolore sotto al piede, ma lo configura come normale conseguenza della biomeccanica di corsa e non un infortunio; perciò, continua a correre come se nulla fosse non condividendo ciò al suo allenatore. Dopo qualche settimana in cui il dolore non scompare lo riporta all'allenatore che gli consiglia una visita medica specialistica, dalla quale emerge che ha sviluppato una fascite plantare che lo costringe a non correre per almeno tre settimane. In questo caso, se il corridore avesse condiviso prima il suo dolore e la sua definizione di infortunio (*"sento dolore alla pianta del piede, ma secondo me non è un infortunio perché per esserlo deve impedirmi di appoggiare il piede"*) l'allenatore avrebbe potuto mettere a disposizione la propria conoscenza in merito agli infortuni in quella determinata zona del corpo e promuovere una significazione tale per cui l'atleta avrebbe ridotto il carico di allenamento e avrebbe consultato prima uno specialista, non aggravando la sua condizione. Questo esempio consente di mettere in luce che l'utilizzo di valutazioni e criteri personali, non condivisi ricade necessariamente in una gestione individuale dei significati a partire dai quali si agisce e nella perdita del contributo che altri ruoli del contesto interattivo possono dare.

Un altro esempio a riguardo può concernere le interazioni tra l'atleta infortunato e i familiari. Essi, infatti, potrebbero fornire supporto emotivo e ascolto, ma non condividere una definizione di cosa sia l'infortunio per il corridore; ciò potrebbe implicare che le narrazioni e i significati dell'atleta non siano allineati a quelli di chi fa parte del suo contesto interattivo, rendendo meno possibile la condivisione di un obiettivo e strategie

comuni che consentano di lavorare in maniera coesa per la promozione del recupero dell'atleta. Si prenda in esame una situazione immaginata in cui dopo la diagnosi dell'infortunio e la valutazione della sua entità, l'atleta si descrive come preoccupato per i tempi di recupero e condivide ciò con i suoi familiari, che tentano di sostenerlo assicurandolo a tal proposito sulla base di conoscenze personali per le quali ritengono l'infortunio di bassa gravità. Un assetto interattivo di questo tipo potrebbe implicare il rischio di un conflitto oppure creare lo spazio per narrazioni nelle quali il corridore mette in luce la paura per la perdita del supporto della famiglia o la solitudine; pertanto, potrebbe essere incrementato l'impatto delle ricadute psicologiche dell'infortunio stesso.

La domanda che guida questa riflessione in merito alle ricadute operative della condivisione dei significati e delle definizioni che riguardano il costrutto di infortunio è la seguente: a cosa serve condividere la definizione di un costrutto? A ciò si può rispondere che promuovere la partecipazione di più ruoli nella configurazione di qualcosa aiuta a gestire in modo comunitario i significati a partire dai quali, poi, si agisce.

Partendo da ciò che la letteratura mette a disposizione in merito gli interventi per la gestione dell'impatto psicologico di un infortunio, quindi, si possono osservare due mancanze: la prima riguarda la presenza di un intervento costruito coi riferimenti epistemologici dell'interazionismo simbolico, con il quale considerare l'infortunio come un costrutto che può essere riconfigurato lavorando con le narrazioni da cui emergono i significati che il corridore vi attribuisce, nonché come lo definisce; la seconda è una ricaduta della prima, nella misura in cui laddove non si lavora sui significati attribuiti a un infortunio non è possibile coinvolgere il contesto interattivo nel processo di costruzione di nuove significazioni, così come nuove definizioni, che mettono il corridore nelle condizioni di gestire l'impatto psicologico dell'infortunio e seguire il processo di recupero.

Dunque, se, come messo in luce nel primo capitolo, gli esseri umani agiscono verso le cose sulla base del significato che vi attribuiscono e tale significato si genera interagendo gli uni con gli altri all'interno di un contesto, un intervento efficace deve coinvolgere anche chi rientra nel contesto interattivo del corridore in modo tale da costruire una realtà di senso condivisa in cui i discorsi di ognuno convergono verso la condivisione di obiettivi e strategie comuni per la promozione del recupero dall'infortunio. A partire da

ciò, di seguito viene introdotta una proposta di intervento con cui si tenta di sopperire alle mancanze descritte sopra.

PROPOSTA DI INTERVENTO

Nel capitolo precedente sono state proposte osservazioni in merito a ciò che è emerso dalla ricerca bibliografica rispetto agli interventi che vengono utilizzati per la gestione dell'impatto psicologico che un infortunio può avere. Ricapitolando, dunque, è stato messo in luce che, ad oggi, non sono presenti interventi, in primis, le cui basi epistemiche prescindano dall'esistenza dell'infortunio come realtà oggettiva e, in secondo luogo, nei quali viene coinvolto il contesto interattivo nella costruzione dei significati e nella condivisione di obiettivi e strategie per la gestione dell'impatto che un infortunio può avere.

Alla luce di ciò, in questa sede si propone un intervento costruito coi riferimenti epistemologici dell'interazionismo simbolico che sono stati descritti nel primo capitolo. Ciò implica, innanzitutto, che l'infortunio non sia riducibile alle sue componenti organico-fisiologiche, ergo oggettivabile come realtà avulsa da come un corridore la descrive e discorsivamente la genera, bensì un costrutto che si configura e si delinea mediante i discorsi e le narrazioni che vengono prodotte a riguardo, sia dal corridore che da altri ruoli che fanno parte del suo contesto interattivo, i quali, allora, devono necessariamente essere coinvolti nel processo discorsivo con cui si genera l'infortunio come elemento di realtà; in questo modo è possibile promuovere altresì la condivisione della gestione di ciò che emerge in termini di impatto psicologico. In secondo luogo, i presupposti adottati per la progettazione del presente intervento implicano una precisa configurazione del ruolo dello psicologo, che da esperto di "qualcosa" diviene esperto di "come". Infatti, osservando il processo discorsivo attraverso il quale un elemento di realtà viene configurato, ossia come viene descritto all'interno di un contesto, il professionista può andare oltre a *cosa* viene detto dall'utente (ciò non vuol dire non considerarlo), per lavorare sul *modo* in cui lo dice e, quindi, sul valore che viene attribuito ai costrutti che emergono quando egli parla. Nel caso di un infortunio, di fronte a un corridore che lo descrive come una sciagura, ad esempio, lo psicologo non si preoccuperà di eliminare tale descrizione, ma di promuovere il cambiamento del valore che viene attribuito dall'utente al termine sciagura, in modo tale che questa descrizione non impedisca allo sportivo di

raggiungere i suoi obiettivi. A fronte di ciò, dunque, il ruolo dello psicologo si delinea come quello di esperto di narrazioni e di contesti interattivi, nonché di cambiamento delle modalità discorsive e interattive, che, però, non può prescindere dalla competenza e dalla conoscenza dell'utente in merito a ciò che gli serve. In riferimento a ciò, un ulteriore assunto alla base della progettazione dell'intervento che viene proposto riguarda il ruolo attivo che ricopre l'utente, nei termini in cui, in primis, costruisce attivamente i significati legati all'infortunio e, inoltre, partecipa alla costruzione di una parte dell'intervento, condivide gli obiettivi dello stesso e definisce in prima persona le modalità di gestione del processo di recupero in condivisione con altri ruoli del suo contesto interattivo. Pertanto, l'utente si configura come un esperto di sé stesso e delle proprie esigenze, che mette in campo ciò che conosce rispetto a cosa gli serve, in quanto unico competente in merito, per contribuire al perseguimento degli obiettivi dell'intervento. Alla luce di ciò, quindi, l'assetto interattivo che si delinea vede di fronte due esperti che lavorano insieme: lo psicologo lavora *con* il corridore e non *sul* corridore.

Per riassumere, dunque, la presente proposta di intervento introduce i seguenti elementi:

- l'infortunio è un costrutto che viene generato interattivamente e narrativamente dal corridore e da altri ruoli del suo contesto interattivo;
- lo psicologo è un esperto di cambiamenti narrativi all'interno di contesti interattivi, ma non conosce nulla dell'utente che questo già non sappia;
- l'utente ricopre un ruolo attivo nella costruzione delle attività dell'intervento ed è un esperto delle proprie esigenze.

Quanto portato finora si può osservare nella descrizione della proposta di intervento che segue nei paragrafi successivi.

6.1 UNA PREMESSA ALL'INTERVENTO: DEFINIZIONE E ANALISI DEL PROBLEMA

Successivamente alle osservazioni teorico-epistemologiche in merito agli interventi che sono risultati dalla ricerca bibliografica, è stata messa in luce la mancanza di un intervento che abbia i seguenti presupposti:

- l'osservazione dell'infortunio come un costrutto da riconfigurare lavorando coi e sui significati che l'infortunato e altri ruoli del suo contesto interattivo vi attribuiscono;
- il coinvolgimento di persone che rientrano nel contesto interattivo dell'atleta al fine di creare una realtà condivisa in cui ogni individuo converge discorsivamente verso obiettivi e strategie comuni per la gestione dell'impatto psicologico e la promozione del recupero dall'infortunio.

Per sopperire a questa mancanza e rispondere all'esigenza di gestione dell'impatto psicologico di un infortunio subito da un corridore al fine di promuoverne il recupero e il ritorno all'allenamento e/o alla competizione, in questa sede si propone un intervento intitolato "RACCONTARE DIVERSAMENTE L'INFORTUNIO - La riconfigurazione del costrutto di infortunio per la promozione della gestione del suo impatto psicologico su un corridore", i cui protagonisti sono i seguenti:

- corridore infortunato;
- familiari del corridore;
- eventuale allenatore.

Tale progetto ha l'obiettivo primario di *promuovere le narrazioni che consentono di gestire gli aspetti negativi dal punto di vista psicologico, quali frustrazione, isolamento, rabbia, depressione, perdita dell'identità di atleta e di autostima e, infine, paura, che emergono a fronte di un infortunio e che, dunque, consentono di riconfigurarlo.*

Oltre a questo, sono stati definiti altresì due obiettivi secondari:

1. *allineare le narrazioni del corridore e di alcuni ruoli che rientrano nel suo contesto interattivo (familiari ed eventuale allenatore) per favorire una gestione condivisa dell'infortunio;*
2. *promuovere l'aderenza al trattamento riabilitativo tramite la gestione dell'impatto psicologico di un infortunio.*

Per conseguire gli scopi del progetto, sono state elaborate le seguenti tre strategie:

- promuovere narrazioni nelle quali l'infortunio può far parte del percorso di un atleta e con le quali le emozioni possono essere gestite e usate per favorire il recupero e il raggiungimento del livello prestativo che il corridore desidera;
- promuovere narrazioni che incrementino l'apertura alla possibilità di un recupero efficace;

- promuovere una realtà discorsiva comune in cui l'atleta condivide le proprie esigenze emotive in riferimento all'infortunio con i familiari e, se ne dispone, con l'allenatore e vengono condivisi obiettivi e strategie comuni per gestire l'infortunio.

Ognuna di esse rende conto del modo, ossia di come, vengono perseguiti gli obiettivi stabiliti sopra. La formulazione di queste strategie consente di porsi sul piano epistemologico di riferimento dal momento in cui sono modalità da tradurre in attività attraverso le quali si lavora sui significati attribuiti a un infortunio e si costruisce una significazione comune e partecipata tra corridore e altri ruoli che fanno parte del suo contesto interattivo. Pertanto, nel perseguimento dei fini che ci si pone, esse consentono di sopperire alla mancanza di interventi in cui si coinvolgono sia l'infortunato sia chi gli sta intorno per consentire una risignificazione del costrutto di infortunio con la quale gestirne l'impatto psicologico e favorire, allo stesso tempo, il percorso di recupero che permette all'atleta di tornare a correre.

6.1.1 DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Nell'ottica di perseguire gli obiettivi di cui sopra, le strategie proposte si traducono in una serie di attività, che sono le seguenti:

- il dialogo a due sedie;
- il lavoro con la sedia vuota;
- peer modelling;
- condivisione e accordo.

Nello specifico, il dialogo a due sedie è un'attività che nasce nell'Emotion Focused Therapy e che in questa sede viene riadattata a un impianto epistemologico diverso nella traduzione operativa della prima strategia. Essa consiste nell'utilizzare una sedia presente all'interno dello studio che sia diversa da quella su cui è seduto il corridore infortunato e far interagire quest'ultimo con "una parte di sé"²³, quella che egli preferisce. In particolare, l'atleta viene invitato ad alternare la seduta su entrambe le sedie, assumendo il ruolo di sé stesso quando siede da una parte e di quella parte di sé con cui vuole

²³ Il virgolettato serve a indicare il carattere metaforico e non letterale dell'espressione.

interagire quando siede dall'altra; allo stesso tempo, lo psicologo gestisce gli scambi interattivi promuovendo quelle narrazioni che consentono un uso delle emozioni utile a favorire il recupero dall'infortunio. Di seguito un esempio di ciò che può accadere durante l'attività.

Atleta (nel ruolo della "parte di sé"): Dovevi stare più attento, ti sei allenato troppo... Ora rischi di stare fermo a lungo e non tornare più veloce come prima...

Psicologo: Si può dire che questa parte di lei ha paura di non recuperare dall'infortunio?

Atleta: Sì sì... direi di sì, comunque è un infortunio impegnativo...

Psicologo: Chiaro. E come risponderebbe lei a questa parte che ha paura?

Atleta: Direi che non per forza è così e... che i dottori mi hanno detto che seguendo il programma che mi danno posso tornare ai livelli di prima!

Psicologo: E sulla base di questo, quindi, la paura che ruolo può avere?

Atleta: Mmh... forse può essere un motore diciamo... sì, cioè... un motore che mi spinge a lavorare e seguire il programma di riabilitazione per poter tornare come prima...

Questo esempio mette in luce il lavoro di risignificazione che può essere svolto nel dialogo a due sedie a partire da ciò che il corridore infortunato dice e come le sue narrazioni possono essere usate per costruire nuovi significati che promuovono un uso delle emozioni che favorisce il recupero dell'atleta.

Un'altra traduzione della prima strategia si ritrova nel lavoro con la sedia vuota, ispirato sempre dalla Emotion Focused Therapy e riformulato alla luce dei presupposti epistemologici su cui si basa questo intervento, che consiste nell'utilizzo di una sedia da posizionare di fronte al corridore infortunato e chiedere a quest'ultimo di immaginare di fronte a lui la presenza di una persona che ricopre un ruolo nel suo contesto interattivo,

come un familiare o l'allenatore; a partire da ciò, lo psicologo invita l'atleta a interagire con la persona immaginata e a condividere tutto ciò che vuole rispetto all'infortunio e alle loro interazioni legate a esso. In più, all'atleta viene chiesto anche di assumere il ruolo della persona immaginata e di rispondere come se fosse quest'ultima. In questo modo vengono promosse le interazioni che contribuiscono alla generazione di una realtà discorsiva comune in cui i significati sono condivisi e gestiti in maniera comunitaria; a fronte di ciò, tale attività risulta particolarmente utile in preparazione dell'ultima, che, come si vedrà, coinvolge direttamente tutti i protagonisti dell'intervento. Di seguito un esempio di ciò che può accadere durante l'attività.

Atleta (che parla ai genitori): sento troppa pressione, mi chiedete sempre se ho fatto gli esercizi che mi ha dato da fare il medico... se parlate solo di quello è come se non esistesse altro!!!

Psicologo: Ora prova a fare finta di essere uno dei tuoi genitori e rispondere alle tue parole...

Atleta (nel ruolo del padre): Mi direbbero tipo "Ma noi ci preoccupiamo per te, vogliamo quello che vuoi tu..."

Psicologo: Bene! Facciamo finta che davvero lo abbiano detto... Cosa possiamo dirci in merito?

Atleta: Sì... Mmh... Mi sembra che comunque siano dalla mia parte, anche se lo fanno in un modo che non mi aiuta molto...

Psicologo: E cosa potresti fare per far sì che ti stiano vicino come vuoi tu?

Atleta: Dirgli come farlo...

Psicologo: Prova a dirlo a loro tenendo presente quello che ti hanno detto prima, cioè che si preoccupano per te e che vogliono quello che vuoi tu.

Atleta (che parla ai genitori): Ok...mmh... gli direi tipo “va benissimo e vi ringrazio, però parliamo anche di altro, non c’è solo l’infortunio e soprattutto sono abbastanza grande per gestirmi da solo”...

Psicologo: Perfetto! Ora immagina la loro risposta.

Atleta (nel ruolo del padre): Va bene! Allora non ti chiediamo più se hai fatto gli esercizi e sarai tu a parlare dell’infortunio quando vuoi farlo.

Psicologo: Benissimo! In base alle risposte che hai dato, cosa ci dice questo esercizio?

Atleta: Mmh... che è importante condividere i miei pensieri... e che gli altri mi ascoltano se ci parlo...

In questo esempio viene messo in luce l’utilizzo che si può fare dell’attività in esame per iniziare a interagire con altri ruoli del contesto interattivo del corridore al fine di creare una realtà comune in cui i significati legati all’infortunio sono gestiti insieme e le narrazioni di ognuno sono allineate nell’ottica di contribuire al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi.

La terza attività che si propone è una traduzione delle prime due strategie dell’intervento e consiste nell’invitare il corridore infortunato a ricercare la storia e le narrazioni di un atleta a sua scelta che abbia subito un infortunio e che sia tornato a praticare lo sport che pratica e a inviarla allo psicologo, che può prenderne visione prima dell’incontro successivo. Di seguito un esempio di ciò che l’utente può portare, tratto dal documentario “23 giorni. Il miracolo di Sofia” che racconta come Sofia Goggia, sciatrice alpina professionista e campionessa mondiale e olimpica nella discesa libera, sia riuscita a recuperare in poco più di tre settimane da un grave infortunio al ginocchio subito nel gennaio del 2022 a Cortina D’Ampezzo, durante una gara di Coppa del Mondo, e abbia

potuto partecipare alle olimpiadi di Pechino a febbraio dello stesso anno, vincendo la medaglia d'argento.

- Racconto del momento in cui si è infortunata

“Quel weekend a Cortina è stato... è stato un weekend che nel giro di 30 ore ha contenuto entrambi i miei picchi... uno di positività, di felicità, l'altro il baratro...”

“È stato un attimo... io ho sbattuto gli occhi per entrare in quel punto, mi si son divaricati gli sci, mi son trovata a terra, ho impattato con il palo dopo e subito io ho sentito male al ginocchio...”

“... Allora arriva un allenatore della squadra lì e capisce che la situazione... insomma, non è proprio delle più rosee”

“Quando sento il tipo dei soccorsi che mi dice chiamo, chiamo il toboga gli dico «no! no! non posso andar via da Cortina sul toboga!» Allora ho messo gli sci, ma credimi quando ti dico che io nel pezzo da dove son caduto fino al traguardo, [...], non c'ero più di testa, io non mi sentivo le gambe. [...] Mi sono tolta gli scarponi, ho iniziato a tremare e sapevo che... di... di aver qualcosa, che non sarebbe stata la classica botta”

- Descrizione dell'infortunio

“Quando ero lì al... nel tendone, al traguardo... il dolore che provi tu per te stesso lo puoi sopportare perché tu per te stesso vai, ma vedere le persone che ti amano con quegli occhi fa crollare anche te ed è qualcosa che io non sopporto. È quasi patologico dire «io per me stesso sopporto un dolore allucinante, ma per gli altri, a causa mia, crollo» quando invece dovresti dire «cavolo sono io la persona che sono infortunata», invece io ho sempre vissuto quasi l'infortunio come una ingiusta punizione nei confronti miei, ma anche nel dolore inflitto alle persone che amo”

“A volte io appaio molto sicura di me stessa, ma la realtà è che a volte io sono pervasa profondamente dalla paura, avrei avuto bisogno che qualcuno mi amasse incondizionatamente e indipendentemente dal fatto di andar bene o di sentirmi giusta tramite quello che facevo”

“[...] non sapevo cosa provare dentro di me, cosa sperare”

- Descrizione del processo di recupero

“Mi ricordo il giorno in cui le altre son partite [...] per la Cina (dove si tenevano le Olimpiadi) e io sono entrata in palestra con le stampelle... Al pensiero che le altre erano a Malpensa in partenza per le Olimpiadi io sono scoppiata a piangere, ma a diretto e mi sono accasciata a terra stringendomi come per non lasciarmi sola [...] e mi son stretta forte e ho spremuto tutte le mie lacrime [...] e poi, dopo uno sfogo di un quarto d’ora mi son rialzata e sono andata a lavorare”

“Io ce la faccio! mi son ripetuta... mi son sempre ripetuta io ce la faccio! Non è un devo farcela perché io non devo dimostrare nulla... ho detto io ce la faccio, punto!”

“Ho dovuto crearmi una convinzione tale da non poter neanche vedere il problema realmente per quello che era, ho accettato la condizione a braccia aperte, ho detto questo è... faccio il mio massimo, do il mio massimo, faccio il mio meglio e... e... vado avanti, ma non penso a cosa ho, cosa non ho, non mi interessa, io devo tirar fuori il meglio dalla situazione e fare fuoco con la legna che ho”

“È stato un percorso matto, disperatissimo... in cui mi alzavo alle 6 di mattina: colazione, palestra, poi andavo a Mantova, poi facevamo magari piscina, poi ancora terapia... ho pranzato 3 volte in dodici giorni... e sono andato a letto sempre alle 10.15-10.30 stremata. È stato un percorso difficilissimo ma a livello personale estremamente appagante per la ricchezza che ho trovato nonostante non... non fossi neanche quasi in grado di... non fossi in grado di camminare sulle mie gambe, ma la forza che ho trovato dalle persone che come una rete elastica quando vai ti portan su penso sia stata... sia... sia... una parte dolorosissima della mia carriera perché a Pechino sarei andata in una forma pazzesca, poi non è detto che avrei vinto magari avrei fatto anche peggio di quello che son riuscita a fare su una gamba, ma... sicuramente il valore umano che ho trovato nelle persone che mi hanno circondato in quel percorso è qualcosa di leggendario”

- Descrizione del ritorno alla competizione e della vittoria della medaglia

“[...] In Cina io ho avuto paura e ho iniziato a sentirla proprio quella notte... si... durante... durante il volo perché ho detto «ok, a casa ero parata adesso giù è chiaro ho lo staff della nazionale ma... ma poi là devo mettere io gli sci, son da sola, non ho più la bolla che mi protegge da tutti i punti di vista» [...]”

“Io funziono molto a click [...], c’è stato un momento in cui ho fatto il click ed è stato quando mi sono presentata alla ricognizione della prima prova della discesa [...]. Sono entrata nella casetta di partenza, con la sorpresa un pò di tutte, e ho letto Beijing 2022 [...] e lì... lì ho avuto un click e ho detto «questo... questo è il motivo che dà un senso alle mie sofferenze, io ci sono» mi sono detta, ho fatto la ricognizione con un sorriso

pazzesco e una serenità incredibile con anche la convinzione in me stessa [...]. [...] in fondo alla prima prova ho fatto un respiro profondo, ho unito le braccia come per dire “«ce la posso fare»”

“[...] la sfida per me era riuscire a interpretare la pista dovendo adottare delle linee, una tattica, una strategia diversa perché non potevo contare sul mio fisico e sulla mia forza fisica... non potevo fare le curve come volevo io, esattamente come sapevo che nelle parti in piano io non potevo schiacciarmi bene perché non riuscivo a piegare la gamba [...] sono scesa mezza in piedi alle Olimpiadi [...]”

“La goggiata era il classico errore eclatante commesso in gara, ma senza cui probabilmente avrei vinto tante gare in più. E credo che sia anche a livello caratteriale quel passo indietro che ogni tanto faccio nonostante gli innumerevoli passi verso una sofia più evoluta. Ho avuto sempre paura che il termine fosse ormai divenuto una sorta di profezia autoavverante e quindi quando ho vinto l’Olimpiade ho detto “ho fatto la goggiata della vita, ho vinto l’Olimpiade” giusto per cambiare l’accezione del termine”

“Poi ho cercato di togliere questo termine perché mi sono accorta che creava una sorta di negatività attorno alla mia figura”

“Io credo di aver vinto l’argento, per quello che è stato il mio percorso e dietro a questo argento... sai che il valore delle cose è oggettivo e soggettivo, il valore è insito nel colore delle stesse e oggettivamente un oro è sempre un oro... Ma il valore soggettivo è il percorso che ti porta a conquistare determinate medaglie, determinate cose, e questo argento di Pechino ha un valore incommensurabile per quello che è stato il mio percorso fin lì”

A partire da ciò, lo psicologo gestisce l’interazione del protagonista dell’intervento con la storia scelta attraverso domande-guida con cui vengono promosse le narrazioni che configurano l’infortunio come un elemento che può far parte della biografia di un atleta e dal quale si può recuperare la condizione fisica precedente e, con ciò, i livelli prestativi ambiti, così come si può mettere in luce che tutto ciò che concerne l’infortunio può essere gestito con altri ruoli che fanno parte del proprio contesto interattivo. Alcune delle domande-guida possono essere le seguenti:

- Cosa c'è in comune fra la tua storia e quella di **nome dell'atleta**?
- Quale ruolo ha avuto l'infortunio nella storia di **nome dell'atleta**?
- Alla luce della storia di **nome dell'atleta**, come si può descrivere un infortunio?
- Alla luce della storia di **nome dell'atleta**, come si può descrivere il recupero dall'infortunio?
- Se tu fossi **nome dell'atleta**, cosa diresti a chi ti sta vicino per gestire l'infortunio durante il recupero?
- Se tu fossi **nome dell'atleta**, cosa diresti a un atleta che si è appena infortunato?

Infine, la terza strategia viene tradotta nella quarta attività, che implica la presenza di tutti i protagonisti dell'intervento, ossia il corridore infortunato, i familiari e l'allenatore, qualora lo avesse. A partire da ciò, in primo luogo l'atleta viene invitato a condividere agli altri ruoli presenti ciò che è emerso nelle attività precedenti in termini di narrazioni con cui ha configurato (e riconfigurato) l'infortunio; dopodiché, lo psicologo media le interazioni fra i ruoli presenti nell'ottica di costruire una definizione condivisa di cosa sia un infortunio, nonché fissare un obiettivo e strategie comuni per la gestione dello stesso. In questo modo viene creata una realtà discorsiva comune in cui ogni ruolo del contesto interattivo di cui fa parte il corridore contribuisce a significare l'infortunio e a gestirne diversi aspetti in modo comunitario e, quindi, partecipato.

Le attività sopra descritte vengono svolte in un ciclo di incontri (svolti a cadenza settimanale possibilmente) che implica un primo appuntamento preliminare conoscitivo che coinvolge tutti i ruoli protagonisti (corridore, familiari ed eventuale allenatore), in cui si presentano le modalità (attività e programmazione) con cui viene implementato l'intervento, si propone il tariffario e si somministra il protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento. Quest'ultimo, poi, deve essere ricompilato durante l'ultimo incontro, che si svolge a distanza di circa un mese dal penultimo, per osservare lo scarto prodotto tra le narrazioni del tempo 0, ossia prima dell'intervento, e quelle del tempo 1, cioè dopo di esso. Ogni incontro, a partire dal secondo, è organizzato come segue:

1. saluti e apertura - inizialmente lo psicologo accoglie i partecipanti e descrive l'attività in programma;
2. svolgimento dell'attività - lo psicologo coordina l'attività proposta;
3. conclusione e saluti - al termine dello svolgimento dell'attività proposta lo psicologo invita i partecipanti a sintetizzare ciò che è emerso e a provare a usarlo per gestire i diversi aspetti dell'infortunio durante la quotidianità.

Nella tabella seguente viene descritto il ciclo di incontri nel dettaglio.

Tabella 4: Descrizione del ciclo di incontri dell'intervento.

Primo incontro	
Obiettivo dell'incontro	Conoscersi, condividere le modalità dell'intervento e raccogliere i dati testuali al tempo 0 per la valutazione dell'efficacia dell'intervento.
Ruoli coinvolti	Psicologo, corridore infortunato, familiari, allenatore.
Attività	Descrizione dell'intervento e somministrazione del protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia (T0).
Descrizione	Dopo le presentazioni iniziali, in un primo momento lo psicologo descrive l'intervento, in particolare condividendo qual è l'obiettivo dell'intervento, quanti incontri e con quale cadenza temporale sono previsti e a quanto ammonta il tariffario totale; in un secondo momento, lo psicologo somministra il protocollo di domande costruito per la valutazione dell'efficacia.
Durata	1 ora e 30 minuti, di cui un'ora per la conoscenza iniziale e la descrizione dell'intervento e i restanti trenta minuti per la compilazione del protocollo di domande.
Secondo incontro	

Obiettivo dell'incontro	Promuovere le narrazioni con cui costruire nuovi significati legati all'infortunio e che consentono un uso delle emozioni che favorisce il recupero dell'atleta.
Ruoli coinvolti	Psicologo e corridore infortunato.
Attività	Il dialogo a due sedie.
Descrizione	Dopo i saluti iniziali, lo psicologo presenta e coordina l'attività prevista, il dialogo a due sedie, in cui il corridore viene invitato a interagire con una "parte di sé" scelta da lui (può essere quella più critica, più triste, più preoccupata) ricoprendo alternativamente entrambi i ruoli negli scambi interattivi; infine, conclude l'incontro chiedendo al corridore infortunato di fare una sintesi di ciò che è emerso e invitandolo a usarlo nei giorni seguenti.
Durata	1 ora.
Terzo incontro	
Obiettivo dell'incontro	Promuovere le interazioni che contribuiscono alla generazione di una realtà discorsiva comune in cui i significati sono condivisi e gestiti in maniera comunitaria.
Ruoli coinvolti	Psicologo e corridore infortunato.
Attività	Il lavoro con la sedia vuota.
Descrizione	Dopo i saluti iniziali, lo psicologo presenta e coordina l'attività prevista, il lavoro con la sedia vuota, in cui il corridore viene invitato a interagire con una persona immaginata ricoprendo alternativamente entrambi i ruoli negli scambi interattivi; infine, chiede al corridore infortunato di fare una sintesi di ciò che è emerso e lo invita a usarlo nei giorni seguenti. Inoltre, anticipando l'attività dell'incontro successivo, conclude l'incontro richiedendo al corridore di cercare la storia di un atleta che si è infortunato ed è tornato ai livelli di prestazione precedenti all'infortunio e condividerne elementi salienti con lui, al fine di discuterne nel successivo appuntamento.
Durata	1 ora.

Quarto incontro

Obiettivo dell'incontro	Promuovere narrazioni che configurano l'infortunio come un elemento che può far parte della biografia di un atleta e che contemplano la possibilità di tornare ai livelli prestativi ambiti e di gestire l'infortunio in modo comunitario.
Ruoli coinvolti	Psicologo e corridore infortunato.
Attività	Peer modelling.
Descrizione	Dopo i saluti iniziali, lo psicologo presenta e coordina l'attività prevista, il peer modelling, nella quale si usa la storia di un atleta che ha subito un infortunio ed è tornato ai livelli prestativi precedenti come punto di partenza per interagire relativamente a ciò che un infortunio può essere e quale ruolo può avere nella biografia di uno sportivo; infine, concludendo l'incontro, chiede al corridore infortunato di fare una sintesi di ciò che è emerso e lo invita a usarlo nei giorni seguenti.
Durata	1 ora.

Quinto incontro

Obiettivo dell'incontro	Promuovere la generazione di una realtà discorsiva comune in cui ogni ruolo del contesto interattivo del corridore, compreso lui stesso, contribuisce a significare, ossia configurare, l'infortunio e a gestirne diversi aspetti in modo comunitario e, quindi, partecipato.
Ruoli coinvolti	Psicologo, corridore infortunato, familiari e allenatore.
Attività	Condivisione e accordo.
Descrizione	Dopo i saluti iniziali, lo psicologo presenta e coordina l'attività prevista, nella quale, in un primo momento, l'atleta condivide agli altri ruoli presenti ciò che è emerso dagli incontri precedenti e, con l'aiuto dello psicologo, descrive come ha configurato l'infortunio; in un secondo momento, viene dato spazio all'interazione fra tutti i ruoli presenti nell'ottica di definire in modo condiviso cosa sia un infortunio e concordare un obiettivo e strategie comuni per la gestione dello stesso. Al termine dell'incontro,

	psicologo e protagonisti definiscono una data per la somministrazione del protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia che dovrà avvenire a distanza di almeno tre settimane.
Durata	2 ore
Sesto incontro	
Obiettivo dell'incontro	Raccogliere i dati testuali per la valutazione dell'efficacia dell'intervento al tempo 1.
Ruoli coinvolti	Psicologo, corridore infortunato, familiari e allenatore.
Attività	Somministrazione del protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento (T1).
Descrizione	Dopo i saluti iniziali, lo psicologo invita i partecipanti a compilare il protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento. Dopodiché, procede coi saluti finali e i ringraziamenti, mettendo in luce che i risultati (in termini di scarto tra il tempo 0 e il tempo 1 dell'intervento) possono essere condivisi qualora fosse richiesto.
Durata	1 ora.

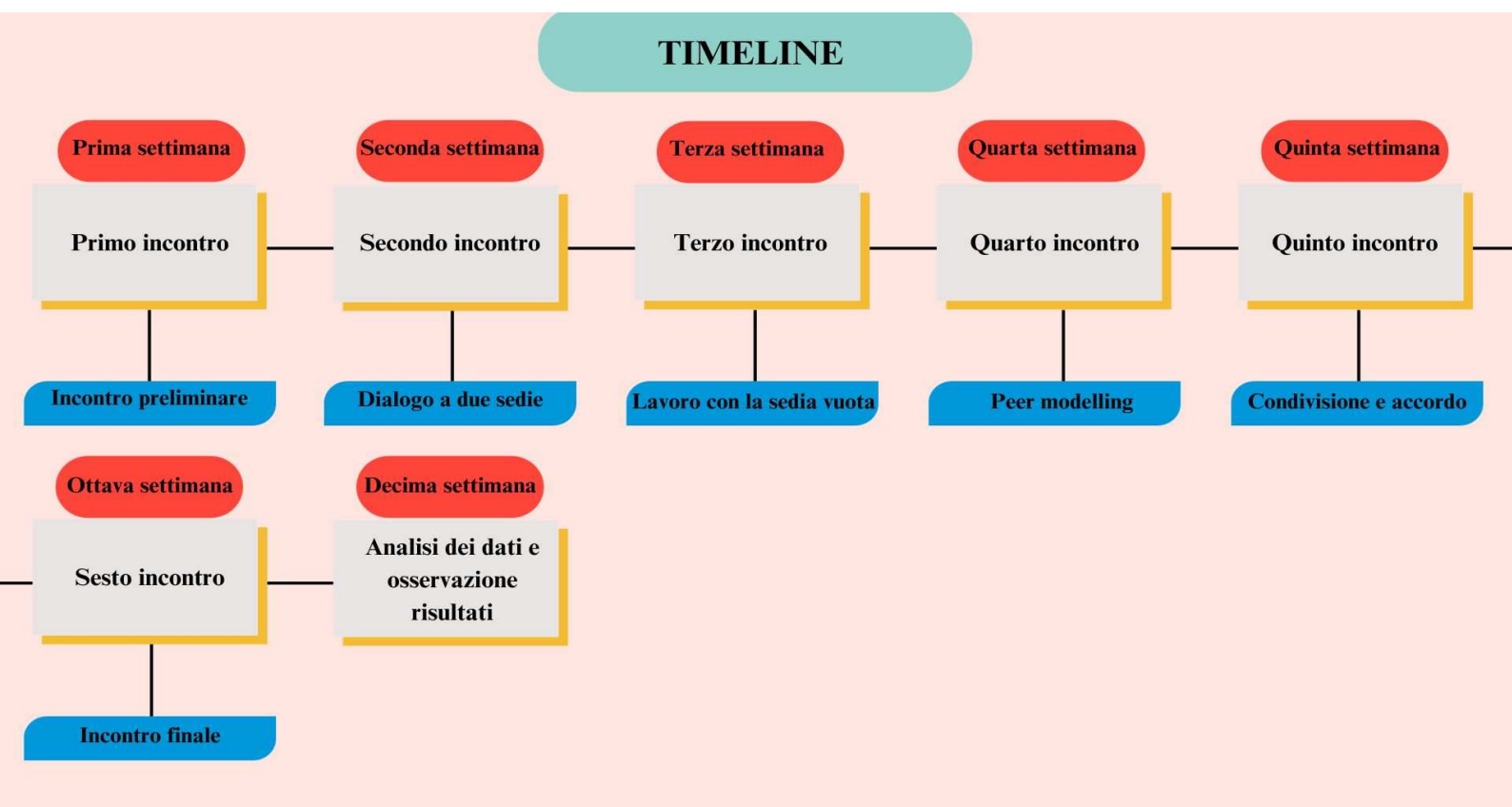
6.1.2 TIMELINE DELL'INTERVENTO

L'implementazione dell'intervento e l'analisi dei dati relativi alla valutazione dell'efficacia richiedono dieci settimane, così suddivise:

- cinque settimane per i primi cinque incontri, in quanto la cadenza di ognuno di essi è settimanale;
- il sesto incontro si svolge a distanza di almeno tre settimane dal quinto;
- due settimane per l'analisi dei dati e l'ottenimento dei risultati rispetto all'efficacia dell'intervento.

Di seguito si riassumono graficamente le tempistiche sopra descritte.

Grafico 2: Timeline dell'intervento proposto.



6.1.3 RISULTATI ATTESI

Come emerge dalla definizione degli obiettivi dell'intervento, i risultati che ci si attende di ottenere riguardano la riconfigurazione dell'infortunio e una gestione condivisa dei significati a questo attribuiti tra corridore e altri ruoli che rientrano nel suo contesto interattivo. In particolare, per osservare l'efficacia dell'intervento, il corridore e i ruoli con cui interagisce dovrebbero configurare l'infortunio in modo tale da non ostacolare il processo di recupero e impedire agli aspetti psicologici negativi di interferire con la quotidianità. In riferimento a questi ultimi, i protagonisti dell'intervento dovrebbero lavorare in maniera condivisa per favorire narrazioni che consentano di gestirli, contribuendo, in questo modo, al ritorno alla corsa e ai livelli prestativi che il corridore desidera.

A fronte di ciò, alla luce dei riferimenti epistemologici del presente lavoro, esplicitati nel primo capitolo, gli indicatori dei risultati attesi sono i seguenti:

- descrizione dell'infortunio, sia per quanto concerne gli aspetti fisiologici che quelli psicologici, come un evento possibile nella biografia di un corridore che non preclude il raggiungimento degli obiettivi che ci si pone;
- narrazioni che mettono in luce la partecipazione di ogni ruolo coinvolto nell'intervento nella gestione dell'infortunio;
- narrazioni che mettono in luce il ruolo che la riabilitazione può avere nel recupero dall'infortunio e nel raggiungimento del livello prestativo desiderato dal corridore.

Il raggiungimento dei risultati di cui sopra viene osservato sulla base dell'emergenza dei relativi indicatori nel protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento, la cui somministrazione viene descritta nel seguente paragrafo.

6.1.4 VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

Per osservare il grado con cui vengono conseguiti gli obiettivi dell'intervento e, quindi, raggiunti i risultati attesi, sono stati costruiti due protocolli di domande, la cui somministrazione è programmata nel modo seguente:

- tempo 0 - durante l'incontro di conoscenza preliminare in cui si descrive l'intervento i protagonisti vengono invitati a compilare il primo protocollo;
- tempo 1 - l'ultimo incontro viene utilizzato per la somministrazione del secondo protocollo di domande, al quale sono stati aggiunti alcuni quesiti specifici che si riferiscono al contributo che l'intervento ha dato alla riconfigurazione dell'infortunio e alle modalità di gestione dello stesso.

Dal punto di vista metodologico, in linea coi presupposti epistemologici di riferimento esplicitati nel primo capitolo, la valutazione dell'efficacia viene svolta attraverso l'utilizzo di un questionario di ricerca qualitativa, in quanto è uno strumento che consente di osservare quali significati vengono attribuiti relativamente a diversi elementi (all'infortunio, al percorso di riabilitazione e al contributo che altri ruoli possono fornire per la gestione di più aspetti, tra cui quelli psicologici) mediante l'uso del linguaggio all'interno del contesto interattivo del corridore infortunato.

Inoltre, sia del protocollo di domande che viene somministrato al tempo 0 che di quello da compilare al tempo 1 sono state costruite due versioni, di cui una è specificamente rivolta all'atleta e l'altra agli altri ruoli protagonisti dell'intervento (familiari e allenatore). Di seguito vengono riportate le versioni dei protocolli di domande del tempo 0 e del tempo 1.

Tabella 5: Protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia al tempo 0.

Protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento al tempo 0
<p>Obiettivo primario dell'intervento: Promuovere le narrazioni che consentono di gestire gli aspetti negativi dal punto di vista psicologico, quali frustrazione, isolamento, rabbia, depressione, perdita dell'identità di atleta e di autostima e, infine, paura, che emergono a fronte di un infortunio e che, dunque, consentono di riconfigurarlo.</p> <p>Obiettivi secondari dell'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allineare le narrazioni del corridore e di alcuni ruoli che rientrano nel suo contesto interattivo (familiari ed eventuale allenatore) per favorire una gestione condivisa dell'infortunio;

<p>- Promuovere l'aderenza al trattamento riabilitativo tramite la gestione dell'impatto psicologico di un infortunio.</p>		
<p>Strategie utilizzate per conseguire gli obiettivi primari e secondari</p>	<p>Domande per l'atleta</p>	<p>Domande per i familiari ed eventualmente l'allenatore</p>
<p>Promuovere narrazioni nelle quali l'infortunio può far parte del percorso di un atleta e con le quali le emozioni possono essere gestite e usate per favorire il recupero e il ritorno a prestazioni pre-infortunio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che un infortunio può avere nella biografia di un corridore? - Quale ruolo possono avere le emozioni nel vissuto legato a un infortunio? In che modo possono essere usate? 	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che un infortunio può avere nella biografia di un corridore? - Quale ruolo possono avere le emozioni nel vissuto legato a un infortunio? In che modo possono essere usate?
<p>Promuovere narrazioni che incrementino l'apertura alla possibilità di un recupero efficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito? 	<ul style="list-style-type: none"> - Se fossi <i>*nome del corridore*</i>, come descriveresti il percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito?
<p>Promuovere una realtà discorsiva comune in cui l'atleta condivide le proprie esigenze emotive in riferimento all'infortunio con familiari ed eventuale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che i tuoi familiari e il tuo allenatore possono avere durante il recupero dall'infortunio? 	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che puoi avere durante il recupero dall'infortunio?

allenatore e vengono condivisi obiettivi e strategie comuni per accompagnare l'atleta durante il recupero dall'infortunio del corridore.		
--	--	--

Tabella 6: Protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia al tempo 1.

Protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia dell'intervento al tempo 1		
<p>Obiettivo primario dell'intervento: Promuovere le narrazioni che consentono di gestire gli aspetti negativi dal punto di vista psicologico, quali frustrazione, isolamento, rabbia, depressione, perdita dell'identità di atleta e di autostima e, infine, paura, che emergono a fronte di un infortunio e che, dunque, consentono di riconfigurarlo.</p>		
<p>Obiettivi secondari dell'intervento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allineare le narrazioni del corridore e di alcuni ruoli che rientrano nel suo contesto interattivo (familiari ed eventuale allenatore) per favorire una gestione condivisa dell'infortunio; - Promuovere l'aderenza al trattamento riabilitativo tramite la gestione dell'impatto psicologico di un infortunio. 		
Strategie utilizzate per conseguire gli obiettivi primari e secondari	Domande per l'atleta	Domande per i familiari ed eventualmente l'allenatore

<p>Promuovere narrazioni nelle quali l'infortunio può far parte del percorso di un atleta e con le quali le emozioni possono essere gestite e usate per favorire il recupero e il ritorno a prestazioni pre-infortunio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che un infortunio può avere nella biografia di un corridore? - Quale ruolo possono avere le emozioni nel vissuto legato a un infortunio? In che modo possono essere usate? - Rispetto alla descrizione del ruolo che un infortunio e le emozioni legate a esso possono avere nella biografia di un corridore, come descriveresti il contributo delle attività svolte insieme? 	<ul style="list-style-type: none"> - Come descriveresti il ruolo che un infortunio può avere nella biografia di un corridore? - Quale ruolo possono avere le emozioni nel vissuto legato a un infortunio? In che modo possono essere usate? - Rispetto alla descrizione del ruolo che un infortunio e le emozioni legate a esso possono avere nella biografia di un corridore, come descriveresti il contributo dell'incontro svolto insieme?
<p>Promuovere narrazioni che incrementino l'apertura alla possibilità di un recupero efficace.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dopo essere stato a contatto con la storia che hai portato, come descriveresti il percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito? - Come pensi che essere entrato in contatto con la storia che hai portato abbia 	<ul style="list-style-type: none"> - Se fossi <i>*nome del corridore*</i>, come descriveresti un percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito? - Come pensi che l'incontro in cui eravate

	<p>contribuito alla tua descrizione del percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito?</p>	<p>presenti abbia contribuito alla descrizione del percorso di riabilitazione da un infortunio e il suo esito?</p>
<p>Promuovere una realtà discorsiva comune in cui l'atleta condivide le proprie esigenze emotive in riferimento all'infortunio con familiari ed eventuale allenatore e vengono condivisi obiettivi e strategie comuni per accompagnare l'atleta durante il recupero dall'infortunio del corridore.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sulla base di quanto è emerso nell'incontro con gli altri, come descriveresti il ruolo che essi possono avere durante il recupero dall'infortunio? - Come pensi che l'incontro con gli altri abbia contribuito alla descrizione del ruolo che essi possono avere nel recupero dall'infortunio? 	<ul style="list-style-type: none"> - Sulla base di quanto è emerso nell'incontro con <i>*nome del corridore*</i>, come descriveresti il ruolo che puoi avere durante il recupero dall'infortunio? - Come pensi che l'incontro con <i>*nome del corridore*</i> abbia contribuito alla descrizione del ruolo che puoi avere nel recupero dall'infortunio?
<p>Domanda finale: C'è qualcosa che vorresti aggiungere?</p>		

6.1.5 PROSPETTO COSTI

Il costo dell'intervento è stato definito in base al Testo Unico della Tariffa Professionale degli Psicologi²⁴, redatto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi. Alle luce di quanto redatto all'interno del suddetto documento, per consentire l'accesso all'implementazione dell'intervento a più persone possibili, vengono applicate le tariffe minime sia per quanto riguarda gli incontri svolti solo con il corridore infortunato che quelli svolti coinvolgendo anche gli altri ruoli protagonisti, fatto salvo per il primo incontro preliminare che è gratuito, mentre per l'appuntamento finale di somministrazione del protocollo di domande per la valutazione dell'efficacia alla tariffa minima viene aggiunta una somma per l'analisi dei dati testuali e l'osservazione dei risultati. Nella tabella seguente vengono riportati i costi dell'intervento.

Tabella 7: Prospetto costi dell'intervento.

Prestazione	Tariffa	Costo della prestazione
Tre incontri - Seduta di consulenza e/o sostegno psicologico individuale.	€ 35,00 per ora	€ 105,00
Un incontro - Seduta di consulenza al gruppo (atleta, familiari e allenatore)	€ 15,00 a persona	€ 60,00 ²⁵
Un incontro - Strumento osservativo e analisi dei dati.	€ 85,00	€ 85,00
Spese per l'utilizzo dello spazio dell'intervento pari al 12,5 % dell'onorario	€40,00	€40,00
Costo totale dell'intervento		€ 290,00

²⁴ <https://www.psy.it/nomenclatore/>

²⁵ La cifra inserita si riferisce a una situazione ipotetica in cui sono presenti all'incontro il corridore infortunato, i genitori e l'allenatore.

CONCLUSIONI

Il presente lavoro si inserisce all'interno della letteratura scientifica relativa alla gestione dell'impatto psicologico di un infortunio sui corridori e per realizzarlo si è partiti, innanzitutto, dalla descrizione della cornice teorico-epistemologica che è stata presa come riferimento conoscitivo per concettualizzare i due elementi centrali della tesi: la corsa e gli infortuni, che sono stati descritti sia dal punto di vista biomeccanico e fisiologico, sia per quanto riguarda il ruolo che hanno nelle narrazioni degli atleti; dopodiché, alla luce di ciò che la letteratura mette a disposizione rispetto all'impatto psicologico degli infortuni, ci si è chiesto quali fossero i modelli di intervento disponibili che ne consentissero la gestione. Per rispondere a tale domanda è stata condotta una ricerca bibliografica su database scientifici online, i cui risultati sono stati descritti e discussi al fine di osservare quali eventuali esigenze potessero emergere. Rispetto a ciò possono essere avanzate diverse considerazioni. In primo luogo, tale ambito di ricerca si può descrivere come poco esplorato finora, come mette in luce l'esiguo numero di articoli scientifici disponibili nei database consultati. A supporto di questo aspetto, come descritto nel capitolo terzo, per la realizzazione della ricerca bibliografica è stato necessario utilizzare parole chiave che includessero la gestione dell'impatto psicologico di infortuni subiti durante la pratica di attività sportive diverse dalla corsa.

In secondo luogo, dall'osservazione di ciò che è emerso dalla letteratura consultata, si è riscontrata l'assenza di un intervento costruito coi riferimenti teorico-epistemologici dell'interazionismo simbolico. Quindi, nel tentativo di colmare questo vuoto, è stata realizzata una proposta costruita con la matrice teorica interazionista, i cui presupposti cardine sono stati definiti da Blumer nel 1969. In particolare, l'autore osservò che i membri della specie umana agiscono nei confronti delle cose sulla base del significato che queste hanno per loro. Tale significato, inoltre, si genera in virtù dell'interazione sociale e simbolica all'interno di un contesto interattivo e viene modificato mediante un processo interpretativo con il quale si entra in relazione con la realtà che si è generata in un determinato contesto. In aggiunta, un altro elemento fondante della prospettiva interazionista è il ruolo precipuo del linguaggio nella generazione dei significati attribuiti alle cose, i quali passano attraverso l'uso che si fa di una parola in uno specifico contesto. Le parole, dunque, come sostenuto da Wittgenstein (1953), hanno un valore

convenzionale e contestuale in base all'uso che ne viene fatto e non sono rappresentazioni di elementi di una realtà ontologica esistente, di per sé data.

A partire da questo fondamento teorico, diviene possibile sia concettualizzare l'infortunio e il suo impatto psicologico come elementi del discorso che si generano narrativamente nell'interazione tra i diversi protagonisti di un contesto interattivo sia coinvolgere ruoli diversi che rientrano nel contesto interattivo dell'atleta infortunato per la costruzione dei significati legati all'infortunio, nonché per la condivisione di obiettivi e strategie utili alla gestione dell'impatto che questo può avere. Ciò è stato utilizzato per presentare una progettazione di intervento in cui si applica la matrice teorica interazionista in un ambito in cui non è ancora stata utilizzata. L'applicazione dei presupposti menzionati si può riscontrare nella definizione dei protagonisti dell'intervento, ossia diversi ruoli che rientrano nel contesto interattivo dell'atleta infortunato, nella focalizzazione del lavoro sull'uso delle narrazioni come strumento per la gestione dei significati legati all'infortunio e nel coinvolgimento di ogni partecipante nella costruzione di una parte delle attività progettate o nella definizione degli elementi per la gestione dell'infortunio. In virtù di questi aspetti, inoltre, si può ulteriormente evidenziare il ruolo che assumono lo psicologo e l'atleta nell'intervento progettato: il primo diviene il professionista che, per antonomasia, si occupa delle modalità in cui l'utente descrive ciò che porta, ossia diviene un esperto di modi di usare il linguaggio, a partire dai quali si può lavorare per promuovere il cambiamento dei discorsi che contribuiscono ad attribuire significati all'infortunio; il secondo, invece, diviene attivo ideatore di una parte del progetto e, soprattutto, colui che definisce le modalità con cui gestire i diversi aspetti legati all'infortunio. L'interazione tra queste due figure, dunque, si declina in maniera tale da consentire la generazione di un assetto interattivo in cui vengono portati contributi diversi parimenti importanti, quindi simmetrici, la cui bilancia rimane in perfetto equilibrio.

Un'ulteriore considerazione che può essere avanzata rispetto alla progettazione dell'intervento riguarda la possibilità di applicare il modello proposto anche ad atleti che praticano altre attività sportive e, soprattutto, di qualsiasi livello, da quello amatoriale a quello professionistico, che siano agonisti oppure che non partecipino a competizioni. In più, si è cercato di renderlo il più accessibile economicamente prospettando le tariffe minime stabilite nel Testo Unico della Tariffa Professionale degli Psicologi, redatto dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi.

Oltre a ciò, è opportuno mettere in luce i limiti del presente elaborato, dai quali emergono le possibili future prospettive di ricerca. In primo luogo, l'intervento non è stato ancora implementato, perciò non si può entrare nel merito dei riscontri applicativi, in particolare per quanto riguarda la valutazione dell'efficacia del lavoro proposto, che è fondamentale per osservare la presenza o meno di uno scarto tra le narrazioni precedenti e quelle successive alle attività svolte. In secondo luogo, la progettazione dell'intervento è stata costruita prendendo in considerazione il coinvolgimento delle figure genitoriali ed eventualmente, qualora l'atleta infortunato lo avesse, l'allenatore; pertanto, nella definizione dei protagonisti della proposta interventistica, non si è tenuto conto di tutta quella porzione di atleti il cui contesto interattivo non vede la presenza di ruoli come quelli coinvolti in questa sede.

A partire da ciò, dunque, si possono delineare le prospettive future di ricerca, in virtù delle quali possono essere superati i limiti descritti. In primis, è necessario realizzare l'intervento per poterne valutare l'efficacia e osservare eventuali esigenze relative alla progettazione che potrebbero emergere a fronte dell'implementazione; in questo modo si sarebbe nelle condizioni di produrre modifiche al fine di rendere la prassi interventistica più precisa e, quindi, maggiormente efficace. In più, laddove l'intervento venga applicato con atleti nel cui contesto interattivo non rientrano i genitori e l'allenatore, si deve giocoforza modificare la progettazione e definire altri ruoli come protagonisti dell'intervento per continuare a promuovere una gestione condivisa dei significati legati all'infortunio, nonché la definizione di obiettivi e strategie comuni per gestire quest'ultimo. In aggiunta, come si è osservato sopra, l'ambito di ricerca all'interno del quale si inserisce il presente lavoro risulta ancora poco esplorato e ciò che è disponibile oggi contempla la possibilità di lavorare solo con atleti singoli; pertanto, potrebbe essere utile progettare modelli di intervento per la gestione dell'impatto psicologico di un infortunio che permettano di lavorare con gruppi di atleti.

Con ciò si conclude il presente lavoro, che rappresenta un primo passo verso un nuovo modo di lavorare con i corridori infortunati affinché l'impatto psicologico di un infortunio venga gestito in termini narrativi e, soprattutto, comunitari, in quanto la riconfigurazione dei significati è un processo tanto più efficace quanto più i diversi ruoli che vi partecipano sono coesi e, quindi, condividono obiettivi e strategie comuni.

BIBLIOGRAFIA

- Anderson, L. M., Bonanno, D. R., Hart, H. F., & Barton, C. J. (2020). What are the Benefits and Risks Associated with Changing Foot Strike Pattern During Running? A Systematic Review and Meta-analysis of Injury, Running Economy, and Biomechanics. *Sports Medicine*, 50(5), 885–917. <https://doi.org/10.1007/s40279-019-01238-y>
- Ansari, K., & Lalani, F. (2014). Expressive Arts Therapy as a Psychological Intervention Following Sport Injury. *Shield: Research Journal of Physical Education & Sports Science*, 9, 31–57.
- Armatas, V., Chondrou, E., Yiannakos, A., Galazoulas, C. and Velkopoulos, C. (2007) Psychological aspects of rehabilitation following serious athletic injuries with special reference to goal setting: A review study. *Physical Training*, January. Retrieved from <http://ejmas.com/pt/ptframe.htm>
- Arvinen-Barrow, Monna, Clement, Damien and Hemmings, Brian (2013) Imagery in sport injury rehabilitation. In: Arvinen-Barrow, Monna and Walker, Natalie, (eds.) *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. Routledge, Abingdon, Oxon, pp. 71-85. ISBN 9780415694957
- Arvinen-Barrow, Monna and Hemmings, Brian (2013) Goal setting in sport injury rehabilitation. In: Arvinen-Barrow, Monna and Walker, Natalie, (eds.) *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. Routledge, Abingdon, Oxon, pp. 56-70. ISBN 9780415694957
- Arvinen-Barrow, Monna e and Pack, Stephen (2013). Social support in sport injury rehabilitation. In: Arvinen-Barrow, Monna and Walker, Natalie eds. *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. Abingdon: Routledge, pp. 86–102.

- Barnes, K. R., & Kilding, A. E. (2015). Running economy: Measurement, norms, and determining factors. *Sports Medicine - Open*, 1(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40798-015-0007-y>
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). The Social Construction of Reality: a treatise in the Sociology of Knowledge. *American Sociological Review*, 32(1), 137. <https://doi.org/10.2307/2091739>
- Bertelsen, M. L., Hulme, A., Petersen, J., Brund, R. K., Sørensen, H., Finch, C. F., Parner, E. T., & Nielsen, R. O. (2017). A framework for the etiology of running-related injuries. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 27(11), 1170–1180. <https://doi.org/10.1111/sms.12883>
- Blumer, H. (1969). La metodologia dell'interazionismo simbolico. Armando. Roma
- Bramble, D. M., & Lieberman, D. E. (2004). Endurance running and the evolution of Homo. *Nature*, 432(7015), Articolo 7015. <https://doi.org/10.1038/nature03052>
- Brewer, B. W. (1994). Review and critique of models of psychological adjustment to athletic injury. *Journal of Applied Sport Psychology*, 6(1), 87–100. <https://doi.org/10.1080/10413209408406467>
- Busanich, R., McGannon, K. R., & Schinke, R. J. (2012). Expanding understandings of the body, food and exercise relationship in distance runners: A narrative approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(5), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.03.005>
- Busanich, R., McGannon, K. R., & Schinke, R. J. (2014). Comparing elite male and female distance runner's experiences of disordered eating through narrative analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(6), 705–712. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2013.10.002>

- Butler, R. J., Smith, M., & Irwin, I. (1993). The performance profile in practice. *Journal of Applied Sport Psychology*, 5(1), 48–63. <https://doi.org/10.1080/10413209308411304>
- Cahill, S. (2006). Building bodily boundaries. Embodied enactment and experience, in: D. Waskul and P. Vannini (eds.) *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, 1sted., pp. 69–82 (Burlington: Ashgate).
- Carless, D. (2008). Narrative, Identity, and Recovery from Serious Mental Illness: A Life History of a Runner. *Qualitative Research in Psychology*, 5(4), 233–248. <https://doi.org/10.1080/14780880701826101>
- Carless, D., & Douglas, K. (2008). Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9(5), 576–594. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.08.002>
- Castiglioni, M., & Faccio, E. (2010). *Costruttivismi in psicologia clinica. Teorie, metodi, ricerche*. UTET.
- Chakravarty, E. F., Hubert, H. B., Lingala, V. B., & Fries, J. F. (2008). Reduced Disability and Mortality Among Aging Runners: A 21-Year Longitudinal Study. *Archives of Internal Medicine*, 168(15), 1638–1646. <https://doi.org/10.1001/archinte.168.15.1638>
- Chan, C. S., & Grossman, H. Y. (1988). Psychological Effects of Running Loss on Consistent Runners. *Perceptual and Motor Skills*, 66(3), 875–883. <https://doi.org/10.2466/pms.1988.66.3.875>
- Chan, C. W., & Rudins, A. (1994). Foot Biomechanics During Walking and Running. *Mayo Clinic Proceedings*, 69(5), 448–461. [https://doi.org/10.1016/S0025-6196\(12\)61642-5](https://doi.org/10.1016/S0025-6196(12)61642-5)

- Charmaz, K., & Rosenfeld, D. (2006). Reflections of the body, images of self: Visibility and invisibility in chronic illness and disability. In D. Waskul & P. Vannini (Eds.), *Body/embodiment: Symbolic interaction and the sociology of the body* (pp. 35-49). Ashgate
- Clement, D., Granquist, M. D., & Arvinen-Barrow, M. M. (2013). Psychosocial Aspects of Athletic Injuries as Perceived by Athletic Trainers. *Journal of Athletic Training*, 48(4), 512–521. <https://doi.org/10.4085/1062-6050-48.3.21>
- Cook, S. (s.d.). *Run-commuting in the UK: the emergence, production and potential of a mobile practice*.
- Cook, S. (2023). Running with a bag: Encumbrance, materiality and rhythm. *Social & Cultural Geography*, 24(7), 1104–1122. <https://doi.org/10.1080/14649365.2022.2052169>
- Cook, S., Shaw, J., & Simpson, P. (2016). Jography: Exploring Meanings, Experiences and Spatialities of Recreational Road-running. *Mobilities*, 11(5), 744–769. <https://doi.org/10.1080/17450101.2015.1034455>
- Daoud, A. I., Geissler, G. J., Wang, F., Saretsky, J., Daoud, Y. A., & Lieberman, D. E. (2012). Foot Strike and Injury Rates in Endurance Runners: A Retrospective Study. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 44(7), 1325–1334. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e3182465115>
- Driediger, M., Hall, C., & Callow, N. (2006). Imagery use by injured athletes: A qualitative analysis. *Journal of Sports Sciences*, 24(3), 261–272. <https://doi.org/10.1080/02640410500128221>
- Drum, S. N., Rappelt, L., & Donath, L. (2019). Trunk and upper body fatigue adversely affect running economy: A three-armed randomized controlled crossover pilot trial. *Sports*, 7(8). Scopus. <https://doi.org/10.3390/sports7080195>

- Early, F., & Corcoran, P. (2013). How Can Mass Participation Physical Activity Events Engage Low-Active People? A Qualitative Study. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(6), 900–909.
- Edgley, Charles (2006), “The Fit and Healthy Body: Consumer Narratives and the Management of Postmodern Corporeity”, In D. Waskul & P. Vannini (Eds.), *Body/embodiment: Symbolic interaction and the sociology of the body* (pp: 231–45). Ashgate.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.
- Faccio E., (2007) *Le identità corporee. Quando l'immagine di sé fa star male*. Giunti.
- Faccio E., Salvini A. (2006), Le “metaforizzazioni” nelle pratiche discorsive della psicologia clinica, in E. Molinari, A. Labella (a cura di), *Psicologia Clinica Dialoghi e Confronti*, Springer/Verlaq, Milano, pp. 123-138
- Ferrer, D. A., Baumann, C. W., Brandenberger, K. J., Ellis, R., & Otis, J. S. (2015). *Physical Motivation Influences Race Performance Over a 24-hour Ultra-Marathon*.
- Gibbs-Nicholls, S., McCormick, A., & Coyle, M. (2022). «Keep the Pace! You’ve Got This!»: The Content and Meaning of Impactful Crowd Encouragement at Mass Running Events. *Sport Psychologist*, 36(2), 115–127.
- Gijon-Nogueron, G., & Fernandez-Villarejo, M. (2015). Risk Factors and Protective Factors for Lower-Extremity Running Injuries. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 105(6), 532–540. <https://doi.org/10.7547/14-069.1>

- Hamilton, R. A., Scott, D. and MacDougall, M. P. (2007) Assessing the effectiveness of selftalk interventions on endurance performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 19, 226–39.
- Harré R., Gillet G., *La mente discorsiva*, 1994, Raffello Cortina Editore.
- Heijne, A., Axelsson, K., Werner, S., & Biguet, G. (2008). Rehabilitation and recovery after anterior cruciate ligament reconstruction: Patients' experiences. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(3), 325–335. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2007.00700.x>
- Hinrichs, R. N. (1987). Upper Extremity Function in Running. II: Angular Momentum Considerations. *International Journal of Sport Biomechanics*, 3(3), 242–263.
- Hinrichs, R. N., Cavanagh, P. R., & Williams, K. R. (1987). Upper Extremity Function in Running. I: Center of Mass and Propulsion Considerations. *International Journal of Sport Biomechanics*, 3(3), 222–241.
- Hoffman, M. D., Ong, J. C., & Wang, G. (2010). Historical Analysis of Participation in 161 km Ultramarathons in North America. *The International Journal of the History of Sport*, 27(11), 1877–1891. <https://doi.org/10.1080/09523367.2010.494385>
- Hreljac, A. (2005). Etiology, Prevention, and Early Intervention of Overuse Injuries in Runners: A Biomechanical Perspective. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 16(3), 651–667. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2005.02.002>
- Hudson, J., & Day, M. C. (2012). Athletes' experiences of expressive writing about sports stressors. *Psychology of Sport and Exercise*, 13(6), 798–806. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2012.05.005>

- Hulme, A., Nielsen, R. O., Timpka, T., Verhagen, E., & Finch, C. (2017). Risk and Protective Factors for Middle- and Long-Distance Running-Related Injury. *Sports Medicine*, 47(5), 869–886. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0636-4>
- Jelvegård, S., Timpka, T., Bargoria, V., Gauffin, H., & Jacobsson, J. (2016). Perception of Health Problems Among Competitive Runners: A Qualitative Study of Cognitive Appraisals and Behavioral Responses. *Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, 4(12), 2325967116673972. <https://doi.org/10.1177/2325967116673972>
- Johnston, L. H., & Carroll, D. (1998). The Context of Emotional Responses to Athletic Injury: A Qualitative Analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, 7(3), 206–220. <https://doi.org/10.1123/jsr.7.3.206>
- Kennedy, H., Baker, B. J., Jordan, J. S., & Funk, D. C. (2019). Running Recession: A Trend Analysis of Running Involvement and Runner Characteristics to Understand Declining Participation. *Journal of Sport Management*, 33(3), 215–228.
- Knechtle, B., & Nikolaidis, P. T. (2018). Physiology and Pathophysiology in Ultra-Marathon Running. *Frontiers in Physiology*, 9. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphys.2018.00634>
- Kori, S.H., Miller, R.P. and Todd, D.D., (1990), Kinisophobia: a new view of chronic pain behavior, *Pain Manag.*, Jan./Feb.
- Kotarba J and Held M (2006) Professional Female Football Players: Tackling Like a Girl? In Waskul D and Vannini P (eds.) *Body/Embodiment: Symbolic interaction and sociology of the body.* (pp: 153-163). Ashgate.
- Kuhn, T. S. (1962). *La struttura delle rivoluzioni scientifiche.* Giulio Einaudi Editore.

- Latham, A. (2015). The history of a habit: Jogging as a palliative to sedentariness in 1960s America. *Cultural Geographies*, 22(1), 103–126. <https://doi.org/10.1177/1474474013491927>
- Latorre Román, P. Á., Latorre Sevilla, C., & Salas Sánchez, J. (2023). Beneficios y riesgos de la práctica de la carrera de resistencia en corredores veteranos. Un análisis crítico. / Benefits and risks of endurance running in veteran runners. A critical análisis. *Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, 47, 430–443.
- Lee, D., Pate, R. R., Lavie, C. J., Sui, X., Church, T. S., & Blair, S. N. (2014). Leisure-Time Running Reduces All-Cause and Cardiovascular Mortality Risk. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(5), 472–481. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.04.058>
- Lieberman, D. E., Venkadesan, M., Werbel, W. A., Daoud, A. I., D'Andrea, S., Davis, I. S., Mang'Eni, R. O., & Pitsiladis, Y. (2010). Foot strike patterns and collision forces in habitually barefoot versus shod runners. *Nature*, 463(7280), Artículo 7280. <https://doi.org/10.1038/nature08723>
- Malchiodi, C. A., 2005. History, Theory, and Practice . In: C. A. Malchiodi, ed. Expressive Therapies . New York: Guilford Publications, pp. 1-15.
- Mankad, A., & Gordon, S. (2010). Psycholinguistic Changes in Athletes' Grief Response to Injury After Written Emotional Disclosure. *Journal of Sport Rehabilitation*, 19(3), 328–342. <https://doi.org/10.1123/jsr.19.3.328>
- Mann, R. A., & Hagy, J. (1980). Biomechanics of walking, running, and sprinting. *The American Journal of Sports Medicine*, 8(5), 345–350. <https://doi.org/10.1177/036354658000800510>
- Martin, K. A., Moritz, S. E. and Hall, C. R. (1999) Imagery use in sport: A literature review and applied model. *The Sport Psychologist*, 13, 245–68.

- McGannon, K. R., L'Estrange, M., & McMahon, J. (2020). The role of ultrarunning in drug and alcohol addiction recovery: An autobiographic study of athlete journeys. *Psychology of Sport and Exercise, 46*, 101585. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2019.101585>
- Mihalko, S. L., Cox, P., Ip, E., Martin, D. F., DeVita, P., Love, M., Saldana, S., Cannon, D. W., Fellin, R. E., Seay, J. F., & Messier, S. P. (2021). Severity of Overuse Injury Impacts Self-Efficacy and Quality of Life in Runners: A 2-Year Prospective Cohort Study. *Journal of Sport Rehabilitation, 30*(7), 1073–1079.
- Morris, P., & Scott, H. (2019). Not just a run in the park: A qualitative exploration of parkrun and mental health. *Advances in Mental Health, 17*(2), 110–123. <https://doi.org/10.1080/18387357.2018.1509011>
- Nikolaidis, P. T., & Knechtle, B. (2023). Participation and performance characteristics in half-marathon run: A brief narrative review. *Journal of Muscle Research and Cell Motility, 44*(2), 115–122. <https://doi.org/10.1007/s10974-022-09633-1>
- Nippert, A. H., & Smith, A. M. (2008). Psychologic Stress Related to Injury and Impact on Sport Performance. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 19*(2), 399–418. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2007.12.003>
- Novacheck, T. F. (1998). The biomechanics of running. *Gait & Posture, 7*(1), 77–95. [https://doi.org/10.1016/S0966-6362\(97\)00038-6](https://doi.org/10.1016/S0966-6362(97)00038-6)
- Oja, P., Titze, S., Kokko, S., Kujala, U. M., Heinonen, A., Kelly, P., Koski, P., & Foster, C. (2015). Health benefits of different sport disciplines for adults: Systematic review of observational and intervention studies with meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine, 49*(7), 434–440. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2014-093885>

Page M J, McKenzie J E, Bossuyt P M, Boutron I, Hoffmann T C, Mulrow C D et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews *BMJ* 2021; 372 :n71 doi:10.1136/bmj.n71

Pearson, L., & Jones, G. (1992). Emotional Effects of Sports Injuries: Implications for Physiotherapists. *Physiotherapy*, 78(10), 762–770. [https://doi.org/10.1016/S0031-9406\(10\)61642-2](https://doi.org/10.1016/S0031-9406(10)61642-2)

Pizzari, T., McBurney, H., Taylor, N. F., & Feller, J. A. (2002). Adherence to Anterior Cruciate Ligament Rehabilitation: A Qualitative Analysis. *Journal of Sport Rehabilitation*, 11(2), 90–102. <https://doi.org/10.1123/jsr.11.2.90>

Queen, R. M., Mall, N. A., Nunley, J. A., & Chuckpaiwong, B. (2009). Differences in plantar loading between flat and normal feet during different athletic tasks. *Gait & Posture*, 29(4), 582–586. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2008.12.010>

Rambo, C., Presley, S. R., & Mynatt D. (2006). ‘Claiming the Bodies of Exotic Dancers: The Problematic Discourse of Commodification.’ in *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, by D. Waskul and P. Vannini. (pp 213–228) Aldershot, Burlington: Ashgate.

Reynoso-Sánchez, L. F., & Hoyos-Flores, J. R. (2022). A Single-Session Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy Reduces Anxiety and Improves Self-confidence in Athletes with Post-traumatic Stress Associated with Injury. *International Journal of Sport Studies for Health*, 5(2), 1–9.

Richards, C. E., Magin, P. J., & Callister, R. (2009). Is your prescription of distance running shoes evidence-based? *British Journal of Sports Medicine*, 43(3), 159–162. <https://doi.org/10.1136/bjism.2008.046680>

- Richman, J. M., Hardy, C. J., Rosenfeld, L. B. and Callanan, R. A. E. (1989) Strategies for enhancing social support networks in sport: A brainstorming experience. *Journal of Applied Sport Psychology*, 1, 150–59.
- Roebuck, G. S., Fitzgerald, P. B., Urquhart, D. M., Ng, S.-K., Cicuttini, F. M., & Fitzgibbon, B. M. (2018). The psychology of ultra-marathon runners: A systematic review. *Psychology of Sport and Exercise*, 37, 43–58. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2018.04.004>
- Rose, J., & Jevne, R. F. J. (1993). Psychosocial Processes Associated with Athletic Injuries. *The Sport Psychologist*, 7(3), 309–328. <https://doi.org/10.1123/tsp.7.3.309>
- Sáez De Heredia, R. A., Muñoz, A. R., & Artaza, J. L. (2004). The Effect of Psychological Response on Recovery of Sport Injury. *Research in Sports Medicine*, 12(1), 15–31. <https://doi.org/10.1080/15438620490280567>
- Salvini, A., (2004), *Psicologia Clinica*, UPSEL DOMENEGHINI EDITORE, Padova.
- Salvini A., Dondoni M., (2011), *Psicologia clinica dell'interazione*, Giunti.
- Samson, A. (2014). Sources of Self-Efficacy During Marathon Training: A Qualitative, Longitudinal Investigation. *The Sport Psychologist*, 28(2), 164–175. <https://doi.org/10.1123/tsp.2013-0027>
- Saragiotto, B. T., Yamato, T. P., & Lopes, A. D. (2014). What Do Recreational Runners Think About Risk Factors for Running Injuries? A Descriptive Study of Their Beliefs and Opinions. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(10), 733–738. <https://doi.org/10.2519/jospt.2014.5710>

- Scheer, V. (2019). Participation Trends of Ultra Endurance Events. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 27(1), 3–7. <https://doi.org/10.1097/JSA.000000000000198>
- Sehovic, E., Knechtle, B., Rüst, C. A., & Rosemann, T. (2013). 12-hour ultramarathons—Increasing worldwide participation and dominance of Europeans. *Journal of Human Sport and Exercise*, 8(4), 932–953. Scopus. <https://doi.org/10.4100/jhse.2013.84.05>
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1–2), 35–67. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(98\)00038-3](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(98)00038-3)
- Sharman, M. J., Nash, M., & Cleland, V. (2019). Health and broader community benefit of parkrun—An exploratory qualitative study. *Health Promotion Journal of Australia*, 30(2), 163–171. <https://doi.org/10.1002/hpja.182>
- Sheinbein, S. (2016). Psychological Effect of Injury on the Athlete: A Recommendation for Psychological Intervention. *AMAA Journal*, 29(3), 8–10.
- Shipway, R., & Holloway, I. (2016). Health and the running body: Notes from an ethnography. *International Review for the Sociology of Sport*, 51(1), 78–96. <https://doi.org/10.1177/1012690213509807>
- Smith, A. M. (1990). The Psychological Effects of Sports Injuries. *Sports Medicine*.
- Stevinson, C., Plateau, C. R., Plunkett, S., Fitzpatrick, E. J., Ojo, M., Moran, M., & Clemes, S. A. (2022). Adherence and Health-Related Outcomes of Beginner Running Programs: A 10-Week Observational Study. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 93(1), 87–95.
- Stevinson, C., Wiltshire, G., & Hickson, M. (2015). Facilitating Participation in Health-Enhancing Physical Activity: A Qualitative Study of parkrun.

- International Journal of Behavioral Medicine*, 22(2), 170–177.
<https://doi.org/10.1007/s12529-014-9431-5>
- Tamminen, K., & Watson, J. (2022). Emotion focused therapy with injured athletes: Conceptualizing injury challenges and working with emotions. *Journal of Applied Sport Psychology*, 34, 1–25.
<https://doi.org/10.1080/10413200.2021.2024625>
- The State of Ultra Running 2020*. (s.d.). RunRepeat - Athletic Shoe Reviews. Recuperato 10 agosto 2023, da <https://runrepeat.com/state-of-ultra-running>
- Thing, L. F. (2006). “Voices of the broken body.” The resumption of non-professional female players’ sports careers after anterior cruciate ligament injury. The female player’s dilemma: Is she willing to run the risk? *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 16(5), 364–375.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2005.00452.x>
- Thordarson, D. B. (1997). RUNNING BIOMECHANICS. *Clinics in Sports Medicine*, 16(2), 239–247. [https://doi.org/10.1016/S0278-5919\(05\)70019-3](https://doi.org/10.1016/S0278-5919(05)70019-3)
- Tracey, J. (2003). The Emotional Response to the Injury and Rehabilitation Process. *Journal of Applied Sport Psychology*, 15(4), 279–293.
<https://doi.org/10.1080/714044197>
- Tripp, D., Stanish, W., Ebel-Lam, A., Brewer, B., & Birchard, J. (2011). Fear of reinjury, negative affect, and catastrophizing predicting return to sport in recreational athletes with anterior cruciate ligament injuries at 1 year postsurgery. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1, 74–81.
<https://doi.org/10.1037/2157-3905.1.S.38>
- Turchi G.P., Celleghin E., (2010) “λόγοι - Dialoghi di e su psicologia delle differenze culturali e clinica della devianza come occasione peripatetica per un’agorà delle politiche sociali”; Padova: Upsel Domeneghini.

- Turchi G.P. e Vendramini A., (2021). Dai corpi alle interazioni: la comunità umana in prospettiva dialogica. Padova University Press, Padova.
- Turchi, G. P., & Orrù, L. (2014). Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati-M.A.D.I.T. Fondamenti di teoria della misura per la scienza dialogica. Edises.
- Valentin, S., Pham, L. A., & Macrae, E. (2022). Enablers and barriers in ultra-running: A comparison of male and female ultra-runners. *Sport in Society*, 25(11), 2193–2212. Scopus. <https://doi.org/10.1080/17430437.2021.1898590>
- Van Gent, R. N., Siem, D., Van Middelkoop, M., Van Os, A. G., Bierma-Zeinstra, S. M. A., Koes, B. W., & Taunton, J. E. (2007). Incidence and determinants of lower extremity running injuries in long distance runners: A systematic review * COMMENTARY. *British Journal of Sports Medicine*, 41(8), 469–480. <https://doi.org/10.1136/bjism.2006.033548>
- van Poppel, D., van der Worp, M., Slabbekoorn, A., van den Heuvel, S. S. P., van Middelkoop, M., Koes, B. W., Verhagen, A. P., & Scholten-Peeters, G. G. M. (2021). Risk factors for overuse injuries in short- and long-distance running: A systematic review. *Journal of Sport and Health Science*, 10(1), 14–28. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.06.006>
- Verhagen, E., Warsen, M., & Silveira Bolling, C. (2021). I JUST WANT to RUN: How recreational runners perceive and deal with injuries. *BMJ Open Sport and Exercise Medicine*, 7(3). Scopus. <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2021-001117>
- Videbæk, S., Bueno, A. M., Nielsen, R. O., & Rasmussen, S. (2015). Incidence of Running-Related Injuries Per 1000 h of running in Different Types of Runners: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Medicine*, 45(7), 1017–1026. <https://doi.org/10.1007/s40279-015-0333-8>
- Vitti, A., Nikolaidis, P. T., Villiger, E., Onywera, V., & Knechtle, B. (2020). The «New York City Marathon»: Participation and performance trends of 1.2M runners during half-century. *Research in Sports Medicine*, 28(1), 121–137.

- Vlaeyen, J. W. S., Kole-Snijders, A. M. J., Boeren, R. G. B., & van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62(3), 363–372. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(94\)00279-N](https://doi.org/10.1016/0304-3959(94)00279-N)
- Wagman, D., & Khelifa, M. (1996). Psychological Issues in Sport Injury Rehabilitation: Current Knowledge and Practice. *Journal of Athletic Training*, 31(3), 257–261.
- Walker, N., & Heaney, C. (2013). *Psychological responses to injury: A review and critique of existing models* (M. Arvinen-Barrow & N. Walker, A c. Di; pp. 23–39). Routledge. <http://www.routledge.com/books/details/9780415695893/>
- Walker, N., & Heaney, C. (2013). Relaxation techniques in sport injury rehabilitation. In: Arvinen-Barrow, Monna and Walker, Natalie eds. *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. Abingdon: Routledge, pp. 86–102.
- Walker, N., & Hudson, J. (2013). Self-Talk in sport injury rehabilitation. In: Arvinen-Barrow, Monna and Walker, Natalie eds. *The Psychology of Sport Injury and Rehabilitation*. Abingdon: Routledge, pp. 86–102
- Walker, N., Thatcher, J., & Lavalley, D. (2007). Review: Psychological responses to injury in competitive sport: a critical review. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(4), 174–180. <https://doi.org/10.1177/1466424007079494>
- Waskul, D. D., & Vannini, P. (2006). *Body/Embodiment: symbolic interaction and the sociology of the body*. Ashgate.
- Wittgenstein, L., (1953). *Ricerche filosofiche*. Einaudi.

- Weinstein, A. A., Koehmstedt, C., & Kop, W. J. (2017). Mental health consequences of exercise withdrawal: A systematic review. *General Hospital Psychiatry, 49*, 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.06.001>
- Weiss, M., Newman, A., Whitmore, C., & Weiss, S. (2016). One hundred and fifty years of sprint and distance running – Past trends and future prospects. *European Journal of Sport Science, 16*(4), 393–401.
- Wiese-Bjornstal, D. M. (2010). Psychology and socioculture affect injury risk, response, and recovery in high-intensity athletes: A consensus statement. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports, 20*(s2), 103–111. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01195.x>
- 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*(1), 46–69. <https://doi.org/10.1080/10413209808406377>
- Wiltshire, G. R., Fullagar, S., & Stevinson, C. (2018). Exploring parkrun as a social context for collective health practices: Running with and against the moral imperatives of health responsabilisation. *Sociology of Health & Illness, 40*(1), 3–17. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12622>
- Wiltshire, G., & Stevinson, C. (2017). Exploring the role of social capital in community-based physical activity: Qualitative insights from parkrun. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health, 10*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2017.1376347>
- Xu, Y., Yuan, P., Wang, R., Wang, D., Liu, J., & Zhou, H. (2021). Effects of Foot Strike Techniques on Running Biomechanics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Health: A Multidisciplinary Approach, 13*(1), 71–77.

Yeung, S. S., Yeung, E. W., & Gillespie, L. D. (2011). Interventions for preventing lower limb soft-tissue running injuries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001256>

SITOGRAFIA

<https://www.treccani.it/vocabolario/corsa/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/biomeccanica/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/cinematica/>

<https://www.treccani.it/enciclopedia/cinetica/>

<https://www.psy.it/nomenclatore/>