

#### 4. Заключение: «Фотография на память».

Процедура проведения: Психолог предлагает, сделать общую фотографию на память. Тот, кто играет роль фотографа, расставляет участников группы близко друг к другу, просит их принять определенные позы, сделать нужное выражение лица. Далее «фотограф» объясняет, почему он расположил участников именно в таком порядке и в таких позах, рассказывает историю этой фотографии. После этого он занимает заранее подготовленное для себя место среди других участников. Фотография на память готова!

После того как все нашли свое место на фотографии, ведущий просит участников оглядеться и запечатлеть в своей памяти этот образ. Для фото можно использовать по желанию какие-нибудь картонные атрибуты.

5. Диагностика: Опросник САН (самочувствие, активность, настроение); методики субъективной оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера и Ю.Л.Ханина; шкалы измерения уровня тревожности» Дж. Тейлора, адаптация В.Г. Норакидзе

6. Рефлексия. Какими чувствами вы бы хотели сейчас поделиться с окружающими? Давайте подведем итоги проделанной нами работы: Чему вы научились в процессе наших занятий? Что нового вы узнали о себе? Будете ли вы применять полученный опыт в жизни?

Получение обратной связи: Что больше всего понравилось на занятиях? Есть ли предложения и пожелания?

7. Ритуал прощания: Участники встают в круг, берутся за руки и говорят все вместе – «Жаль расставаться. Мне приятно было работать с вами. Всего хорошего. До свидания».

С целью повышения мотивации спортсменов к БОС-тренингам и закрепления навыков релаксации, после окончания основного курса рекомендуется проводить также групповые «поддерживающие» занятия с использованием устройства БОС, с частотой 2–3 раза в год, каждый раз напоминая клиентам о необходимости самостоятельных тренировок. Результатом прохождения БОС-терапии станет улучшение их общего функционального состояния, повышение уровня стрессоустойчивости и саморегуляции, снятие усталости, снижение тревожности и напряженности, улучшение самочувствия.

#### **Список использованных источников**

1. Босенко, Ю.М. Развитие навыков саморегуляции у высококвалифицированных стрелков / Ю.М. Босенко // Спортивный психолог. – 2014. – № 5. – С. 42-47.

2. Ковалева, А.В. Эффективность ЭЭГ-БОС-тренинга у спортсменов, воспитанников училища олимпийского резерва / Ковалева А.В. [и др.] // Спортивный психолог. – 2013. – № 1 (28). – С. 42-47.

3. Сметанкин, А.А. Общие вопросы применения метода БОС / А.А. Сметанкин. – СПб: Биосвязь, 2008. – 100 с.

4. Воскресенская, Е.В. Психология страха и тревоги в спортивной деятельности (теория и практика): методические рекомендации / Е.В. Воскресенская, Е.В. Мельник, Н.В. Кухтова. – Витебск: ВГУ имени П.М. Машерова, 2015. – 53 с.

5. Марасанов, Г.И. Социально-психологический тренинг / Г.И. Марасанов. – М.: Совершенство, 1998 – 186 с.

## **PROGRAM OF CORRECTION OF LEVEL OF UNEASINESS OF ATHLETES MEANS OF BIOLOGICAL FEEDBACK**

**Dvorak Vitaliy Nikolaevich**, candidate of pedagogical Sciences, associate Professor, Gomel, Republic of Belarus, [vitaliy.dvorak@mail.ru](mailto:vitaliy.dvorak@mail.ru)

**Keywords:** innovative technologies, biological feedback, psychological training of students athletes, uneasiness, self-control, optimization of sports activity.

*In article innovative technologies of psychological training of students athletes are considered. by means of use of modules of biological feedback as one of the most perspective means in an arsenal of practical activities of the sports psychologist. An example of application by the psychologist of the program of correction of an adverse prestarting state is reviewed – uneasiness the cornerstone of which use of various modern means of biological feedback is.*

УДК 159.972

**А. В. Штигльмайер,**

магистрант факультета психологии и педагогики, учреждение образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины», Гомель, Республика Беларусь, [kalmykova.79@mail.ru](mailto:kalmykova.79@mail.ru)

## **КОМОРБИДНОСТЬ СОМАТИЗИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ С ДРУГИМИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ**

**Ключевые слова:** коморбидность, психосоматическое расстройство, соматизированное расстройство, депрессия, тревожное расстройство, расстройство личности.

*В статье показана связь между сложностью диагностики, течением болезни, лечением психосоматических заболеваний и коморбидностью с другими психическими расстройствами. Указывается, что психосоматические расстройства часто имеют коморбидность с другими психологическими проблемами и должны учитываться во время диагностики и лечения. Кроме этого, автор отмечает, что часто встречающиеся сопутствующие психические расстройства являются либо пусковым, либо поддерживающим механизмом, влияющим на течение психосоматического расстройства, либо делающим терапию нестабильной и трудоемкой.*

Зависимость физического здоровья и болезни человека от его психики, в частности от эмоциональных состояний и свойств личности, исследовалась в работах российских клиницистов (М. Я. Мудрова, Г. А. Захарьина, С. П. Боткина). Они указывали на неправильность понимания соматической болезни как процесса, обусловленного только биологическими факторами, и считали, что на возникновение и преодоление соматических расстройств организма человека большое влияние оказывает личность больного, в частности, его эмоциональное состояние [1].

По данным разных авторов число психосоматических расстройств, среди взрослого и детского населения достигает 38–60 % [2-4]. Почти у 70% соматических больных обнаруживают признаки психических нарушений разного регистра и степени тяжести. Более того, некоторые психосоматические расстройства, как например, сердечно-сосудистые, приобрели характер пандемии практически во всех промышленно развитых странах. Подсчитано, что 22% лиц с жалобами психосоматического характера забирают до 50% рабочего времени врачей. Неэффективность многолетнего лечения этих пациентов, покидающих поликлинику или стационар только для того, чтобы, «выйдя из них через одну дверь, тут же войти в другую», наносит большой моральный ущерб не только отдельным врачам и медицинским учреждениям, но и всей системе здравоохранения, дискредитируя в глазах больного, его семьи, друзей и сотрудников всю медицинскую науку и практику [5, 6].

В последнее время все больше привлекает внимание коморбидность психосоматических расстройств с другими заболеваниями (психического и телесного характера). Коморбидность в достаточной степени осложняет диагностику и терапию, т.к. многие психические патологии развиваются на фоне соматических заболеваний и наоборот. Нельзя забывать, что обратившийся за помощью пациент, как правило, имеет большую историю болезни. В таком случае необходим комплексный подход и выявление иерархии возникновения заболеваний.

Коморбидность – это сочетание двух или нескольких самостоятельных заболеваний или синдромов у одного и того же пациента, при этом ни один из них не является осложнением другого. Как правило, начало соматоформных расстройств начинается в юности (молодости). Эти расстройства имеют риск приобретения хронического характера. G. Hanel в своих исследованиях выявил, что из 1751 пациентов 51,6% соматоформное расстройство имеет длительность более 2-х лет, при наличии коморбидной депрессии и тревожно-фобических расстройств 78,4% [7]. Из различных исследований видно, что параллельно соматоформным расстройствам имеются различного рода другие психические заболевания. F. Jacobi и его коллеги в своих исследованиях (n = 4181) установили, что в течение одного года у пациентов с соматоформными заболеваниями в 21,2% было выявлено одно коморбидное психическое расстройство, в 14,7% два коморбидных психических расстройств, в 18,3% три коморбидных психических расстройства [8]. Так же было установлено, что у 26% больных с соматоформным расстройством имеется также депрессия и/или тревожно-фобическое расстройство [9].

Данные научной литературы свидетельствуют о высокой распространённости депрессии у пациентов с соматическими заболеваниями. Подчёркивается, что условием, способствующим формированию депрессии, служит не столько сам факт наличия соматической патологии, сколько её тяжесть и длительность. Именно поэтому депрессии достоверно чаще диагностируются в соматическом стационаре, чем в амбулаторных условиях [10]. В исследованиях P. Finka проведенных в стационаре с пациентами, имеющими многолетнее соматоформное расстройство было выявлено 54% коморбидное тревожное расстройство и 30% депрессия [11] и в 48% случаев имеется коморбидное расстройство личности. Данные цифры в различных исследованиях в зависимости от вида и способа исследования варьируют, вплоть до 70% наличия коморбидного психического расстройства.

В исследованиях, проведенных в Америке показано, что у 23,4% пациентов с соматизированным расстройством, было выявлено одно коморбидное расстройство личности, у 37,2% два и более, где 26,7% является тревожное (уклоняющееся) расстройство личности. Частым коморбидным расстройством личности являются гистрионное (24%), параноидное (15,7%), тревожно (уклоняющееся) (12,8%), Borderline (7,1%), диссоциальное (4,2%) [12].

В двухлетних исследованиях с пациентами с соматоформными расстройствами W. Rief обратил внимание на плохие прогнозы лечения соматоформного расстройства при наличии коморбидного психиатрического расстройства [13]. Стоит также заметить, что в некоторых случаях течение психосоматического заболевания (а также диагностика и лечение)

осложняется возникновением алкогольной, наркотической зависимостью, зависимостью от медицинских препаратов [14].

Наиболее частыми коморбидными расстройствами психологического спектра при психосоматических заболеваниях являются: депрессия в 30% - 86%, тревожные расстройства 43% - 54%, психотические расстройства в 20% случаев [11, 13, 15]. Однако, в силу сложной диагностики и дифференциации существуют предположения, что распространенность данной коморбидности может быть даже выше [16]. В некоторых источниках указывается также алкогольная зависимость и обсессивно-компульсивное расстройство [17]. На сегодняшний день вполне очевидно, что диагностические признаки психосоматических заболеваний, депрессии, диссоциативного и тревожного расстройства перекрываются, что усложняют диагностику особенно в начале истории болезни [18-20]. Оказывается очень трудным выявить депрессивное либо тревожное расстройство при наличии соматоформного заболевания, особую сложность составляет дифференциация депрессии и соматоформного расстройства.

Некоторые авторы указывают на то, что даже само понимание коморбидности не облегчает задачу терапевта, т.к. речь идет о слиянии нескольких самостоятельных заболеваний. Более точным было бы понимание коморбидности как деминсиональной модели, где пациент имеет индивидуальную и изменчивую в течении болезни на трех уровнях (соматоформном, депрессивном, тревожном) выраженность симптомов, и где следующий уровень является объясняющей моделью [21 с. 313]. Таким образом, при описании коморбидности соматоформного тревожного депрессивного заболевания необходимо учитывать дополнительные нюансы. Так, например, диагностические физические критерии как для тревоги, так и депрессии (усталость, снижение либидо, тошнота и т.д.), так же является симптомами соматоформного расстройства. Такие факты могут привести к искажению результатов, т.к. один и тот же пациент проявляет симптомы, относящихся к двум заболеваниям, в то время как имеется в наличии только одно из них [22].

Также коморбидность объясняется тем, что все сопутствующие физические симптомы вызывают депрессию и тревогу. Однако в тоже время коморбидность при соматоформных заболеваниях выше, чем при физических заболеваниях со схожей симптоматикой, что в свою очередь не в достаточной мере объясняет повышенную тревожность и депрессию при возникновении физических симптомов.

В тоже время можно аргументировать это тем, что тревога и депрессия повышают внимание к физическим недугам, возникает предрасположенность к катастрофизации, которая, в свою очередь, является важным пусковым элементом возникновения соматоформных расстройств. Однако имеется большое количество психосоматических пациентов без сопутствующей депрессии и тревоги, что указывает на то,

что соматоформные проблемы не являются результатом депрессии или тревоги. Из этого видно, насколько эти три заболевания друг с другом связаны и в тоже время независимы друг от друга. Такое понимание имеет большое значение при интерпретации коморбидности соматоформного расстройства.

Чем тяжелее соматоформное заболевание - тем больше соматоформных симптомов и тем выше коморбидность. Так, пациенты с соматизированным расстройством имеют в 83,3% случаев минимум еще одно психическое расстройство [23]. Rief und Hiller (1999) при исследовании более 400 стационарных пациентов с соматоформным расстройством, выявили: у пациентов с соматизированным расстройством 44-79 % так же большое депрессивное расстройство. Тревожное расстройство сопутствовало даже в 86% случаев.

Исследование коморбидности при соматоформных расстройствах тесно связано с развитием диагностической классификационной системы в последние 20 лет. Поэтому четкое разграничение особенностей картины болезни в соответствии с классификациями со времен DSM-III, позволяет иметь системный взгляд на общность и различие в возникновении, клинической картине, терапии и течении болезни. Такой подход дает возможность сразу обратить внимание на более важные симптомы и дифференцировать их от менее важных. Именно поэтому в последние годы соматоформные расстройства, в том числе и коморбидность, активно исследуются. Главным образом исследовался масштаб коморбидности при соматоформных расстройствах и в отдельных формах соматоформных расстройств. Но до сих пор мало исследовано влияние коморбидности на терапию и течение болезни.

Важно заметить, что в связи с психосоматическим заболеванием страдает не только сам больной, но и его близкое окружение. Вовремя не продиагностированное расстройство и не предпринятые лечебные мероприятия могут повлечь за собой самые негативные последствия. Усложняющие коморбидные расстройства могут повлечь за собой то, что пациент в течение нескольких лет может потерять работу, семью, свой прежний образ жизни. В случае соматической патологии и развитии на её фоне нозогенных психогенных реакций собственно соматотропная терапия и психотерапия (психофармакотерапия) взаимно дополняют друг друга. Наконец, развернутые психосоматические заболевания требуют, прежде всего, соматотропного лечения, однако психотерапия и, в отдельных случаях, психофармакотерапия, также актуальны с целью полноценной реабилитации больных, а также в аспекте первичной и вторичной профилактики. Соматогенные психические нарушения и коморбидность соматической и психической патологии требует совместных усилий психиатров и врачей интернистов, а терапевтическая тактика зависит от того, какая патология на данном этапе является наиболее значимой [24].

Полученные данные при изучении коморбидности у психосоматических пациентов могут помочь при диагностике, лечении, а также понимании психосоматического пациента и течения его болезни. Они показывают, на что необходимо обратить внимание психотерапевту и медицинскому работнику в работе с пациентом, страдающим психосоматическим заболеванием.

На основании проведенного анализа проблемы можно говорить о том, что во время диагностики и лечения психосоматических расстройств, необходимо учитывать коморбидность с другими психическими расстройствами; кроме того, можно утверждать, что зачастую психосоматическим расстройствам сопутствуют депрессия или тревога, которые являются либо пусковым, либо поддерживающим механизмом, влияющим на течение психосоматического расстройства, либо делающим терапию нестабильной и трудоемкой.

### Список цитированных источников

1. Мещеряков, Б., Психология. Полный энциклопедический справочник / Б. Мещеряков, В. Зинченко; под ред. Б. Мещерякова — СПб.: прайм–Еврознак, 2007. – 896 с.
2. Аммон, Г. Психосоматическая терапия / Г. Аммон. – СПб.: Речь, 2000. – 239 с.
3. Антропов, Ю.Ф. Соматизация психических расстройств в детском возрасте / Ю.Ф. Антропов, С.В. Бельмер. – М.: Медпрактика, 2005. – 443 с.
4. Семке, В.Я. Психогении современного общества / В.Я. Семке. – Томск: Издательство Томского университета, 2003. – 408 с.
5. Дмитриев, А.Н. Психосоматические расстройства в практике врача-терапевта / А.Н. Дмитриев // Академический журнал Западной Сибири. – Тюмень, 2013. – Том 9, – № 5 (48). – С. 76 – 81.
6. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
7. Hanel, G. Depression, anxiety and somatoform disorders: Vague oder distinct categories in primary care. Result from a large cross-sectional study / G. Hanel, P. Henningsen, W. Herzog // Journal of Psychosomatic Research – 2009. – Vol. 67. – № 3. – P. 189 – 197.
8. Jacobi, F. Prevalence co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) / F. Jacobi, H. Wittchen, C. Hölting [et. Al.] // Psychological Medicine. – 2004, – Vol.34. – № 4. – P. 597 – 611.
9. De Waal, M. W. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders / M. W. DE Waal, I.A. Arnold, J.A.H. Eekhof // The british Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 184. – № 6. – P. 470 – 476.

10. Фусу, М.Н. Психосоматические расстройства: теории и концепции / М.Н. Фусу // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2012. – № 4. – С. 43 – 55.
11. Fink, P. Psychiatric illness in patients with persistent somatization / P. Fink // The british Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 166. – № 1. – P. 93–99.
12. Garcia-Campayo, J. Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain / J. Garcia-Campayo, M. Alda, N. Sobradie, et. Al // Journal of Psychosomatic Research. – 2007. – Vol. 62. – № 6. – P. 675 – 680.
13. Rief, W. A Two-Year Follow-Up Study of Patients with somatoform Disorders / W. Rief, W. Hiller, E. Geissner // Psychosomatics. – 1995. – Vol. 36. – № 4. – P. 376-386.
14. Сторожакова, Г.И. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / под ред. Г. И. Сторожакова, В.К. Шамрея. – СПб.: СпецЛит, 2014. – 303 с.
15. Smith, G.R. The epidemiology and treatment of depression when it coexists with somatoform disorders, somatization or pain// Gen. Hosp. Psychiatry. —1992. —Vol.14 (4). — P.265 – 272.
16. Mergl, R. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition / Mergl R., Seidscheck I., Allgaier A.K., Möller H.J., Hegerl U., Henkel V. // *Depress. Anxiety.* — 2007. — Vol.24 (3). — P.185 – 195.
17. Margraf, J. Somatoforme Störungen: Ätiologie, Diagnose und Therapie Taschenbuch / J. Margraf. – Berlin: Springer-Verlag, 1998. – 240 S.
18. Вертоградова, О.П. Тревожно-фобические расстройства и депрессия // Тревога и обсессии /Под ред. А.Б.Смулевич. —М., 1998. — С.113 – 131.
19. Kirmayer, L.J. Concepts of Somatization: Reserch and Clinical Perspectives / Kirmayer L.J., Robbins J.M. Current. – Washington: American Psychiatryc Press Inc, 1993. — P.107 – 141.
20. Oxman T.E., Harrigan J., Kues J. Diagnostic patterns of family physicians for somatoform, depressive, and anxiety disorder // J. of Family Practice. — 1983. — Vol.17 (3). — P.439 – 446.
21. Rudolf, G. Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren. / G. Rudolf, P. Henningsen. – 3 Auflg. – Berlin: Springer, 2006. – 443 s.
22. Henningsen, P. Medically Unexplained Physical Symptoms, Anxiety, and Depression: A Meta-Analytic Review // P. Henningsen, T. Zimmermann, H. Sattel // *Psychological Medicine.* – 2003, – Vol.65. – P. 528 – 533.
23. Fink, P. Somatization in Primary care- Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition / P. Fink, L. Sørensen, M. Engberg, M. Holm, P. Munk-Jorgensen // *Psychisomatics.* — 1999. —