



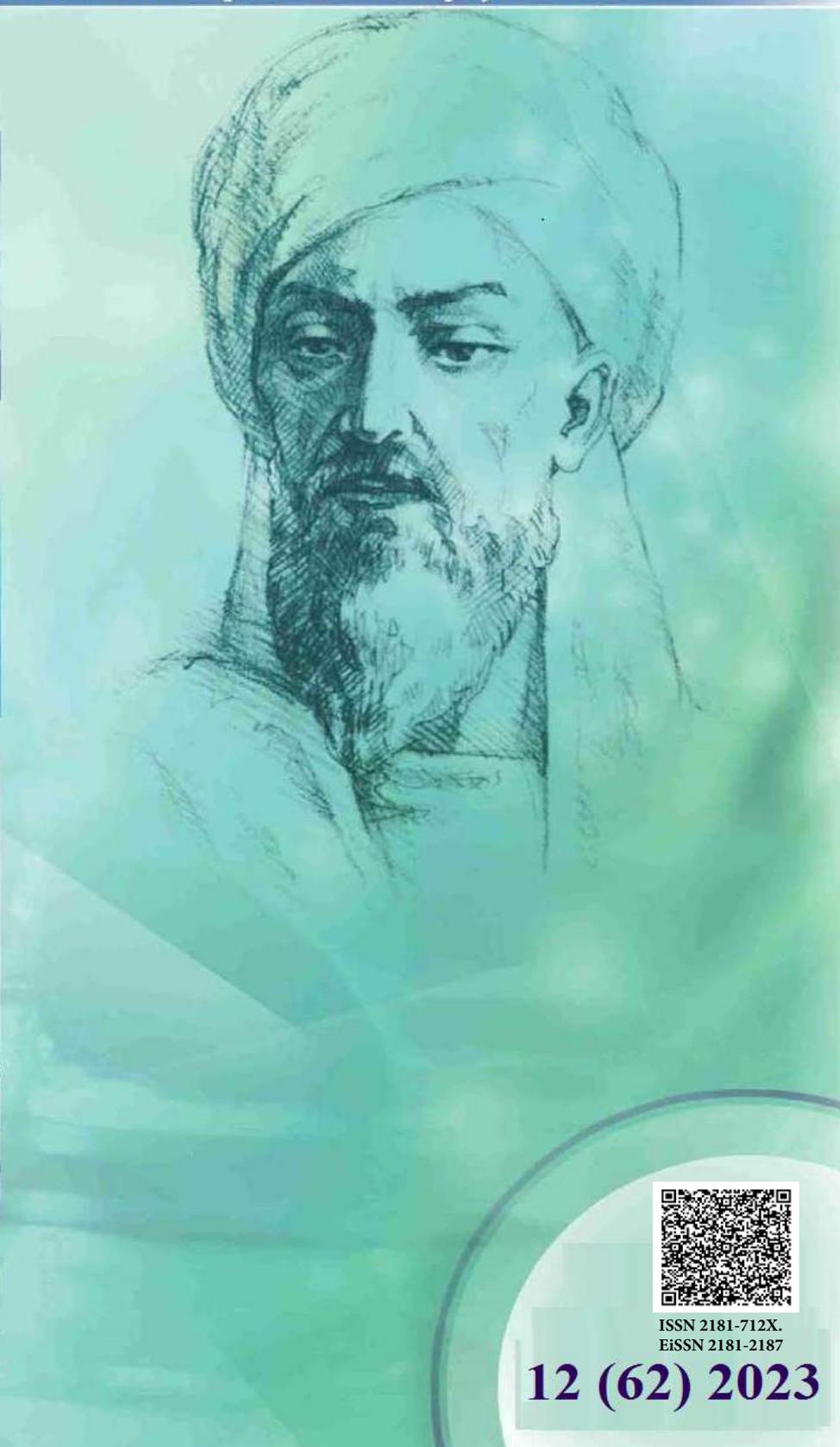
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

12 (62) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

12 (62)

2023

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.11.2023, Accepted: 27.11.2023, Published: 10.12.2023.

УДК 616.89-072.8: 616.127-005.8

АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Мухамадиева Н.Б.¹ Email: MuxamadiyevaN@mail.ru

Магзумова Ш.Ш.² Email: MagzumovaSh@mail.ru

¹ Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

² Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Отдельные группы расстройств, ранжированные в соответствии с критериями МКБ-10, хотя и дают представление о частоте психической патологии, однако минимально отражают ключевые клинические характеристики, соответственно полученный результат требует существенной коррекции с привлечением валидных диагностических категорий. С этой целью был использован опросник выраженности психопатологической симптоматики (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED — SCL-90-R), с помощью которого результаты были интерпретированы на трех уровнях: общая выраженность психопатологической симптоматики, выраженность отдельных шкал, выраженность отдельных симптомов психического статуса пациента.

Ключевые слова: корреляционный анализ, психосоматическое и соматопсихическое соотношение, аффективные расстройства.

SOMATIK BEMORLARDA RUHIY VA SOMATIK BUZILISHLARNING MUNOSABATLARINI TAHLIL QILISH

Muxamadiyeva N.B.¹, Magzumova Sh.Sh.²

¹ Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

² Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ Rezyume

ICD-10 mezonlari bo'yicha tartiblangan kasalliklarning alohida guruhlari, garchi ular ruhiy patologiyaning chastotasi haqida tasavvurga ega bo'lsalar ham, asosiy klinik xususiyatlarni minimal darajada aks ettiradilar; shunga ko'ra, olingan natija haqiqiy diagnostika toifalari yordamida sezilarli tuzatishni talab qiladi. Shu maqsadda psixopatologik simptomlarning zo'ravonligi bo'yicha so'rovnoma qo'llanildi (SCL-90-R), uning yordamida natijalar uch darajada talqin qilindi: psixopatologik simptomlarning umumiy og'irligi, individual tarozilarning zo'ravonligi, bemorning ruhiy holatining individual belgilarining og'irligi.

Kalit so'zlar: korrelyatsiya tahlili, psixosomatik va somatopsixik korrelyatsiya, affektiv buzilishlar.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP OF MENTAL AND SOMATIC DISORDERS IN PATIENTS OF A SOMATIC CLINIC

Mukhamadiyeva N.B.¹, Magzumova Sh.Sh.²

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

✓ **Resume**

Separate groups of disorders, ranked in accordance with ICD-10 criteria, although they give an idea of the frequency of mental pathology, however, minimally reflect key clinical characteristics; accordingly, the obtained result requires significant correction using valid diagnostic categories. For this purpose, a questionnaire for the severity of psychopathological symptoms was used (SYMPTOM CHECK LIST-90-REVISED - SCL-90-R), with the help of which the results were interpreted at three levels: the overall severity of psychopathological symptoms, the severity of individual scales, the severity of individual symptoms of the patient's mental status.

Keywords: correlation analysis, psychosomatic and somatopsychic correlation, affective disorders.

Актуальность

Психосоматические концепции не только привлекают все большее внимание исследователей, но и находят практическое применение, связаны с рядом организационных мероприятий. Речь в первую очередь идет о создании моделей оптимизации, специализированной (психиатрической) помощи больным с соматической патологией. Первостепенное значение приобретают организация соответствующей современным требованиям консультативной психиатрической помощи, подготовка кадров психиатров, специализирующихся в области психосоматики, а также разработка образовательных программ по клинической психиатрии и психофармакологической терапии для других специалистов [1,3,4,5]. Трудности в организации квалифицированной медицинской помощи пациентам общесоматических учреждений с психическими нарушениями связаны с ограниченностью профессиональных контактов между врачами соматических учреждений и специалистами психиатрических клиник и диспансеров, а также отрицательным, недоверчивым отношением к психиатрии, бытующим среди населения, связанным, прежде всего, со страхом стигматизации (Семке Г. В., Мордовин В. Ф., 2008, Enger C., Weatherby L., Welin C., Lappas G., Wilhelmsen L., 2000, Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, et al., 2002).

Отечественные авторы указывали в своих научных трудах о взаимосвязи соматической патологии с психосоматическими расстройствами. В частности, было отмечено, что в основе патогенеза бронхиальной астмы и синдрома раздраженного кишечника причинно-значимым пусковым механизмом является нарушение психосоматического статуса (Абдуллаева Д.Т., 2022). В другой научной работе описываются различные нарушения эмоциональных состояний у больных с психосоматическими заболеваниями, их роль в тяжести течения и отрицательных последствиях болезни. Подчеркивается, что такие соматические заболевания как сердечно-сосудистые болезни, сахарный диабет, заболевания органов желудочно-кишечного тракта зачастую “замаскированы” эмоциональными нарушениями и наоборот, нарушения эмоциональной сферы являются препятствием для больного на пути полноценного выздоровления от данных болезней [2,6,10].

Несмотря на проведенные исследования, в зарубежной литературе в частности и в Узбекистане до сих пор остаётся проблема диагностики и лечения психических расстройств в общесоматической сети. Соответственно, совершенствование комплексных методов обследования, позволяющих выявить наличие нарушений в психической сфере соматического пациента, способствовало раннему выявлению данной патологии и открыло новые диагностические возможности. Продолжение исследований, направленных на этот вопрос, имеет важное практическое значение [7,8,9,11].

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязи соматических и психических расстройств у пациентов соматического стационара.

Материал и методы

Объектом исследования явились больные, госпитализированные в Бухарскую областную многопрофильную больницу, под объект нашего исследования попали 2211 пациентов. Для достижения поставленной цели из этой когорты были отобраны больные (1066 наблюдений, 515 мужчин, 551 женщин) с наличием психических расстройств, которые развились на фоне соматической патологии. В ходе исследовательской работы были использованы клинко-патопсихологический, клинко-катамнестический методы исследования.

Результат и обсуждения

Психических расстройства в структуре соматических патологий разведены по разным рубрикам МКБ-10, и они хотя и дают представление о частоте психической патологии, однако минимально отражают ключевые клинические характеристики, соответственно это требует существенной коррекции с привлечением валидных диагностических категорий. Для оценки уровня развития, взаимопроявления и связи между соматическими и психическими расстройствами, с учетом их этиопатогенетической принадлежности, нами было рассчитано корреляционное взаимоотношение между данной группой расстройств (таб.1). Главным инструментом для определения группы психопатологической симптоматики был опросник Symptom check list-90-revised — SCL-90-R.

В результате анализа данных, включающих критерии и категории, ориентированные на определение психосоматических соотношений, верифицирована систематика психических расстройств в общей выборке, включающая психопатологические категории, отражающие необходимые клинические аспекты и структурированные в соответствии с ними по группам/подгруппам расстройства. При проведении корреляционного анализа в группе нозогений было установлено сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами межличностной чувствительности ($r=0,46$, $p<0,01$) и общего индекса тяжести симптомов ($r=0,94$, $p<0,01$) и полная взаимосвязь со шкалой соматизации ($r=1,0$, $p<0,01$).

В группе соматогении показана полная взаимосвязь со шкалой обсессивно-компульсивных расстройств ($r=1,0$, $p<0,01$), сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалой соматизации ($r=0,8$, $p<0,01$), а также со шкалами фобической тревожности ($r=0,79$, $p<0,01$) и межличностной чувствительности ($r=0,58$, $p<0,01$). В конституционально обусловленной группе установлено прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами обсессивно-компульсивных расстройств ($r=0,58$, $p<0,01$) и фобической тревожности ($r=0,54$, $p<0,01$) и полная взаимосвязь со шкалой межличностной чувствительности ($r=1,0$, $p<0,01$). В эндоформной группе показана полная взаимосвязь со шкалой депрессии ($r=1,0$, $p<0,01$).

Некоторая другая картина отмечена в группе расстройств конституционально-биологической принадлежности. Установлена полная корреляционная связь с межличностно-чувствительной шкалой ($r=1,0$, $p<0,01$), а также средняя прямая связь с общим индексом тяжести симптомов ($r=0,46$, $p<0,01$).

В группе эндоформных расстройств отмечена полная корреляционная связь с депрессией ($r=1,0$, $p<0,01$), а также достоверная прямая сильная связь с расстройствами паранойяльного круга ($r=0,9$, $p<0,01$) и средняя прямая корреляционная связь с фобической тревожностью ($r=0,6$, $p<0,01$).

По шкале соматизации жалобы обследуемых пациентов были фиксированы на системах внутренних органов. Компонентами расстройства также были головные боли, другие боли и общий мышечный дискомфорт и в дополнение — соматические эквиваленты тревожности. Для обсессивно-компульсивного расстройства характерны были мысли, импульсы и действия, воспринимаемые как постоянные, непреодолимой силы, но чуждые для пациента или нежелательные. Межличностная чувствительность определялось чувствами личностной неадекватности и неполноценности, самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Кроме того, пациенты сообщали о негативных ожиданиях относительно межличностного взаимодействия и любых коммуникаций с другими людьми.

Симптомы по шкале депрессия отражали широкую область проявлений клинической депрессии. Были представлены симптомы дисфории и такие аффективные симптомы, как признаки отсутствия интереса к жизни, недостатка мотивации и потери жизненной энергии. Кроме того, сюда были включены чувства безнадежности, мысли о суициде и другие когнитивные и соматические корреляты депрессии.

Таблица 1.

Корреляционная взаимосвязь психических и соматических расстройств в общей выборке (n=1066)

Этиопатогенетическая характеристика	Нозогенные	Соматогенные	Конституционально-обусловленные	Эндормонные
Шкалы SCL-R				
Соматизация (Somatization — SOM)	1,00*	0,8*	0,46*	0,02
Обсессивно-компульсивные расстройства (Obsessive-Compulsive, O-C)	0,12	1,00*	0,58*	0,11
Межличностная сензитивность (Interpersonal Sensitivity — INT)	0,46*	0,58*	1,00*	0,05
Депрессия (Depression — DEP)	0,02	0,5	0,05	1,00*
Тревожность (Anxiety — ANX)	0,43	0,52	0,6	0,14
Враждебность (Hostility — HOS)	0,01	0,28*	0,03	0,07
Фобическая тревожность (Phobic Anxiety — PHOB)	0,68*	0,79*	0,64	0,6*
Паранойяльные симптомы (Paranoid Ideation — PAR)	0,14	0,2	0,3	0,9*
Психотизм (Psychoticism — PSY)	0,31	0,09	0,10	0,49
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,94*	0,17	0,46*	0,06
Индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD)	0,05	-0,02	0,02	-0,04
Общее число утвердительных ответов (PST)	0,20*	0,06	0,04	0,02

*Примечание: * уровень достоверности $p < 0,01$*

В группу тревожных расстройств входило ряд симптомов и признаков, которые клинически связаны с высоким уровнем манифестированной тревожности, ей соответствовало ощущение, что угроза или предмет страха пронизывает все, хотя тревога не привязана к чему-либо конкретному. В числе признаков были нервозность, напряжение, тремор, а также приступы паники и чувство ужаса. Шкала враждебности включало мысли, чувства или действия, которые были проявлениями негативного аффективного состояния злости, агрессия, раздражительность, гнев и негодование. Для фобической тревожности были характерны стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и влечет за собой избегающее поведение. Паранойяльное поведение было представлено как вид нарушений мышления. Его

кардинальными характеристиками были проекции мыслей, враждебность, подозрительность, напыщенность, страх потери независимости.

Таблица 2.

Результаты общей выборки по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (n=1066)

Степень тяжести депрессивного эпизода	шкала Т / шкала Д							
	Муж (n=515)				Жен (n=551)			
	18-44	45-59	60-74	75 и старше	18-44	45-59	60-74	75 и старше
Невыраж. симптомы	27,3±6,7	33,9±5,9*	13,6±5,1*	17,8±8,3	14,3±5,4	27,8±9,7	52,0±9,9*	28,8±9,1
	27,3±8,2	33,9±4,3*	13,6±4,8*	20,10±11,2	14,3±6,2	25,0±10,8	48,0±9,9*	24,9±12,8
Субклинический	29,5±6,8	53,2±6,3	63,6±7,5	32,3±11,1	57,1±7,6	39,4±11,5	36,0±9,6	31,3±11,5
	31,8±7,0	54,6±6,3	61,4±7,3	35,4±12,1	54,8±7,6	41,2±11,5	32,0±9,3	31,2±11,5
Клинический	43,2±7,4	14,5±4,4	25,0±6,5	49,2±11,7	30,9±7,1	50,0±9,2*	16,0±7,3	50,0±12,5
	40,9±7,4	12,9±4,2	22,6±6,3	44,5±11,7	28,6±7,0	43,7±11,3*	16,0±7,3	43,7±12,4
Итого	29,3±3,9	41,4±4,0	29,3±3,7	19,7±4,9	50,6±5,4	19,3±4,3	30,1±5,0	18,9±5,6

Примечание: уровень достоверности * - $P < 0,05$ ** - $P < 0,001$

При анализе психопатологических состояний в ходе научного исследования были отмечены наиболее распространенные психические расстройства, такие как аффективные расстройства, в частности депрессивные и тревожные состояния, наличие которых придавало интенсивность практически всех расстройств психосоматического круга. Для диагностики этой категории расстройств была использована Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P. в 1983). Данная шкала рекомендована для использования в общесоматической практике для первичного выявления тревоги и депрессии у пациентов. Шкала обладает высокой дискриминантной валидностью в отношении двух расстройств: тревоги и депрессии. По шкале HADS были получены следующие результаты (таб. 2):

В большинстве случаев отмечались субклиническая и клиническая степень тревоги и депрессии. Необходимо обратить внимание на то, что в возрасте 45-59 лет клиническая степень тревоги по шкале HADS в 3,4 раза, а клиническая степень депрессии по шкале HADS почти в 3,3 раза чаще встречались среди женщин по сравнению с мужчинами ($P < 0,05$). Интересен тот факт, что тревожно-депрессивные расстройства невыраженной степени в возрасте до 45-59 лет относительно чаще (в 1,2 раза) регистрировалась среди мужчин, чем среди женщин. Тогда как в возрасте 60-74 лет ТДС невыраженной степени среди мужчин имеет тенденцию к снижению почти в 2 раза (чем клинически выраженный) и в сравнении с женщинами встречается реже почти в 4 раза ($P < 0,001$). По-видимому, это связано с тем, что в этом возрасте мужчины труднее переносят стрессы, соматические заболевания, у них появляется страх потерять работу, страх неостребованности, материальной несостоятельности, неуверенность в завтрашнем дне.

Тогда как для женщин этот возраст уже пенсионный, они пережили страх потери работы, трудовой неустроенности, женщины обычно более близки с детьми, внуками, чем мужчины, все это, по-видимому, помогает им пережить факт наличия тяжелого заболевания в более легкой форме. В связи с этим, по-видимому, ТДС клинически выраженной степени среди женщин преклонного возраста (60-74 лет) регистрировалась более чем в 3,2 раза реже, чем легкая и в 2,2 раза реже, чем умеренная степень тяжести депрессивного эпизода ($P < 0,05$). В то же время необходимо обратить внимание на то, что женщины в возрасте 45-59 лет более

тяжело переносят заболевание с точки зрения психологического состояния. Так, среди женщин в возрасте 45-59 лет в 2,1 раза чаще отмечались клинический вариант выраженности тревоги/депрессии, чем невыраженной, и в 1,3 раза чаще, чем субклинической ($P < 0,05$).

В целом показатели степени тяжести тревоги и депрессии по шкалам HADS, которые были использованы для выявления ТДС, очень схожи и можно сделать вывод об их эквивалентности.

Анализ компонентов тревожно-депрессивного расстройства среди обследуемых пациентов в возрастном аспекте позволил выявить более интересную картину (табл.3).

Таблица 3.

**Распределение больных в зависимости от выраженности
клинического компонента аффективного расстройства (тревоги и депрессии)**

Преобладающий компонент депрессии	Муж (n=515)				Жен (n=551)			
	18-44	45-59	60-74	75 и старше	18-44	45-59	60-74	75 и старше
Аффективный	50,0±7,5	46,8±6,3 ***	61,4±7,3	59,7±7,3	31,2±11,5	59,5±7,5	47,1±9,9	44,0±9,9
Идеаторный/когнитивный	34,1±7,1	17,9±4,8	27,3±6,7	29,0±6,7	12,5±8,2	31,0±7,1	45,8±9,9	44,0±9,9
Моторный	15,9±5,5	35,3±6,0 ***	11,3±4,7	11,3±4,7	56,2±12,4***	9,4±4,5***	7,1±5,9	12,0±6,5
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Примечание: уровень достоверности *** - $P < 0,001$*

Среди лиц мужского пола частота встречаемости триады ТДС во всех возрастах расположены почти в одинаковом порядке. На первом месте по частоте стоит аффективный компонент, затем идеаторный и на третьем месте – моторный компонент. Исключением являются мужчины в возрасте 45-59 лет, среди последних чаще отмечаются аффективный и моторный компоненты ТДС (в среднем 46,8% - 241 б-х и 35,3% - 182 б-х соответственно, $P < 0,001$), а заторможенность мышления регистрировалась относительно реже (17,9% - 92 б-х).

В клинической картине симптомов депрессии среди женщин выявлена следующая закономерность. У женщин относительно молодого возраста при установлении депрессивного эпизода в большинстве случаев отмечалась двигательная заторможенность (56,2% - 310 б-х, $P < 0,001$), что почти в 1,8 раза чаще встречаемости аффективного компонента и почти в 4,5 раз чаще встречаемости идеаторного. Конечно, каждый из этих симптомов дополняют друг друга, но в большей степени в поведении больных проявлялся именно моторный компонент. В относительно старшем возрасте (45-59 лет) у женщин наиболее выражено проявлялся аффективный компонент, т.е. женщины практически все время находились в подавленном настроении, не проявляли никакой заинтересованности ни к своей болезни, ни к окружающим, старались уединиться и не входить в контакт с медперсоналом, и даже родственниками. У трети женщин данного возраста были проблемы с мышлением, и всего лишь у 9,4% (52 б-х) женщин была отмечена двигательная заторможенность. В возрасте 60 лет и старше у женщин с одинаковой частотой встречаются аффективный и когнитивный компоненты депрессии/тревоги и достоверно низкий уровень частоты встречаемости моторного компонента ТДС ($P < 0,001$).

Психопатологическую картину заторможенной тревожной депрессии у пациентов в значительной степени определяла именно тревога. В депрессивной триаде наряду с аффективным компонентом была выражена двигательная заторможенность (хоть и в меньшей мере, чем аффективный компонент), темп мышления существенно не был изменен, а идеаторное торможение проявлялось скорее тревожно-тоскливым содержанием мышления. Все пациенты данной группы говорили о физическом ощущении тревоги, выражавшемся в болях в области сердца, ощущении перебоев в работе сердца, ощущении тяжести в области подреберья,

сдавливания в грудной клетке... Данные симптомы, естественно, являются и соматическим проявлением тревоги, и характерными признаками основного заболевания (ишемическая болезнь сердца, цирроз печени, дыхательная недостаточность...) пациентов данной группы; они взаимообуславливают друг друга и утяжеляют субъективное ощущение течения как основной патологии (соматической), так и сопутствующих ей психических расстройств аффективного ряда. Это позволяет говорить о витальном характере испытываемой пациентами тревоги. Также больные отмечали чувство тоски, идеи самообвинения и неполноценности, в некоторых случаях - суицидальные мысли и намерения.

Заключение

В результате анализа данных, включающих критерии и категории, ориентированные на определение психосоматических соотношений, верифицирована систематика психических расстройств в общей выборке, включающая психопатологические категории, отражающие необходимые клинические аспекты и структурированные в соответствии с ними по группам/подгруппам расстройства. При проведении корреляционного анализа в группе нозогений было установлено сильная прямая корреляционная взаимосвязь со шкалами межличностной чувствительности и общего индекса тяжести симптомов, а также полная взаимосвязь со шкалой соматизации. При преобладании в клинической картине заболевания тревоги и депрессии показатели степени тяжести их по шкалам HADS, которые были использованы для выявления тревожно-депрессивного синдрома, очень схожи и можно сделать вывод об их эквивалентности. Наличие аффективных расстройств в клинической картине соматических патологий придаёт интенсивность и приводит к усилению практически всех расстройств психосоматического круга.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бобров А.Е. Куда ведет когнитивный подход в психопатологии? В кн.: XVI съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. «Психиатрия на этапах реформирования: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 г., Казань [Электронный ресурс]: тезисы / Под ред. Н.Г. Незнанов. СПб.: Альта Астра, 2015;503-504.
2. Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А. // Современные взгляды на психосоматические заболевания // Клиническая медицина, №7. 2014.
3. Коцюбинский А.П. Холистический подход к диагностике психических расстройств // Обзор психиатрии и медицинской психологии. В.М. Бехтерев. 2015;4:22-32.
4. Краснов В.Н. Проблема современной диагностики депрессии // Журнал неврологии и психиатрии. С.С. Корсаков. 2012;11(2):3-10.
5. Краснов В.Н., Палеев Н.Р. Психосоматика в контексте развития интегративной медицины // Альманах клинической медицины. 2014;35:84-88.
6. Мухамадиева Н.Б. Психоэмоциональные расстройства при сердечно-сосудистых заболеваниях // Новый день в медицине. 2020;2(32):722-725.
7. Mukhamadieva N.B. Development of an algorithm for assessing the risk of depression after ischemic attack // European Journal of Molecular Clinical Medicine. 2020;7(11).
8. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства в терапевтической практике. – М.: МЕДпресс-информ, 2016;776.
9. Cuthbert B.N. Insel TR Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC // BMC Medicine. 2013;126(11): <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/126>.
10. N.B. Mukhamadieva, Sh.A. Tuksanov. Priorities of mental and physical health problems in internist's practice // An International Multidisciplinary Research Journal. 2022;12(5):533-537.
11. N.B. Mukhamadieva Affective spectrum disorders in somatic practice // Barqarorlik va yetakchi tadqiqotlar onlayn ilmiy jurnali. 2023;6(12):140-144.
12. Wise TN. Psychosomatics: past, present and future. // Psychother- Psychosom January 1, 2014; 83(2):65-9.

Поступила 20.11.2023