

Нами было выявлено, что среднее значение медианного расстояния между цифровым изображением культи экспериментальной модели и цифровыми изображениями каркасов искусственных коронок, изготовленных с помощью CAD/CAM-системы KaVo ARCTICA, составляет 0,027 мм. Среднее значение медианного расстояния между цифровым изображением культи экспериментальной модели и цифровыми изображениями каркасов искусственных коронок, изготовленных по традиционной технологии литья, составляет 0,036 мм. Эти данные позволили нам сделать вывод о том, что каркасы искусственных коронок, изготовленные с помощью CAD/CAM-системы KaVo ARCTICA обладают большей размерной точностью по сравнению с каркасами искусственных коронок, изготовленными традиционным методом литья с уровнем значимости  $p < 0,05$  (V-критерий Уилкоксона для связанных выборок=0,  $p=0,001$ ).

В этом плане представляют интерес исследования иностранных авторов, занимающихся изучением данной проблемы. В частности, K. Gurel et al. [5] в своем исследовании пришли к выводу, что не существует статистически значимых различий в размерной точности титановых и кобальтохромовых каркасов искусственных коронок, изготовленных по двум различным технологиям: CAD/CAM фрезерование и традиционное литье, что существенно отличается от тех, которые были получены нами и представлены в данной работе.

**Заключение.** Результаты нашего исследования свидетельствуют о высокой размерной точности каркасов искусственных коронок, изготовленных с помощью современных цифровых технологий (CAD/CAM-систем и внутриротового лазерного сканирования), по сравнению с каркасами искусственных коронок, изготовленными традиционным методом литья.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ортопедическая стоматология: национальное руководство / под ред. И.Ю. Лебедева, С.Д. Арутюнова, А.Н. Ряховского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016.
2. Вокулова Ю. А., Жулев Е. Н. Оценка точности получения оттисков зубных рядов с применением технологии лазерного сканирования // Современные проблемы науки и образования. 2016. №5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=25447>.
3. Жулев Е.Н., Вокулова Ю. А. Сравнительная оценка размерной точности оттисков в эксперименте // Dental Forum. 2017. № 1. С. 38 – 42.
4. Шустова В. А., Шустов М. А. Применение 3D-технологий в ортопедической стоматологии. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2016.
5. Gurel K., Toksavul S., Toman M. In vitro marginal and internal adaptation of metal-ceramic crowns with cobalt-chrome and titanium framework fabricated with CAD/CAM and casting technique // Niger J Clin Pract. 2019. Vol.22, №5. p: 812-816. DOI: 10.4103/njcp.njcp\_570\_18.

УДК 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058

#### COMPARISON OF SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMATICS AND MANIFESTATION OF MESO- AND MICRO-MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH DIFFERENT GENESIS DEPRESSIVE DISORDERS

**Isakov R.**  
MD, PhD

*Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava, Ukraine)*

#### СПІВСТАВЛЕННЯ ВИРАЖЕНОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ПРОЯВІВ МЕЗО- І МІКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

**Ісаков Р. І.**  
к.мед.н., доцент

*доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава, Україна)*

#### Abstract

The aim is to study the relationships of variability and intensity of manifestations of psychopathological symptomatology and psychosocial maladaptation of meso- and microsocial level (MesPM and MicPM) in women with depressive disorders of different genesis, to determine further targeted targets of personalized treatment and rehabilitation.

The study included 94 individuals with a depressive disorder of psychogenic origin (prolonged depressive response due to an adaptation disorder), 83 women with endogenous depression (depressive episode; recurrently depressive disorder; bipolar affective disorder, current episode of depression), and 75 depressed episodes of depression (organic affective disorders). The study was conducted using clinical psychopathological and psychodiagnostic methods.

The study found that the vast majority of women with depressive disorders of psychogenic, endogenous and organic genesis have MesPM and MicPM signs of varying degrees of severity. The clinical variability of psychopathological symptomatology of depressive disorders in women, as a whole, is not genospecific and does not differ in patients with the presence or absence of manifestations of MesPM and MicPM. The severity and intensity of psychopathological symptoms of depression is directly associated with the degree of MesPM and MicPM and is different in individuals with different genesis of depressive disorder. The question of the primacy / secondaryity of both phenomena is debatable, but, undoubtedly, the presence of both of them has a mutually potentiating and mutually inducing effect on the further development of both the depressive disorder and the MesPM and MicPM. Obtained data should be taken into account in the development of treatment-diagnostic and rehabilitation measures for a given contingent of patients. These patterns should be taken into account in the development of treatment-rehabilitation and preventive measures for patients with depression.

#### **Анотація**

Для вивчення співвідношень варіативності і інтенсивності проявів психопатологічної симптоматики і психосоціальної дезадаптації мезо- і мікросоціального рівню (МезПД і МікПД) у жінок із депресивними розладами різного генезу, для визначення в подальшому таргетних мішеней персоніфікації лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів, було обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу. У дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод; рекурентно депресивний розлад; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії) і 75 пацієнок з депресивним розладом органічної генези (органічні афективні розлади). Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів.

В результаті дослідження встановлено, що переважна більшість жінок з депресивними розладами психогенного, ендогенного і органічного генезу мають ознаки МезПД і МікПД різного ступеню вираженості. Клінічна варіативність психопатологічної симптоматики депресивних розладів у жінок, в цілому, не має генезоспецифічності та не відрізняється у хворих з наявністю або відсутністю проявів МезПД і МікПД. Важкість й інтенсивність психопатологічної симптоматики депресії прямо асоційована зі ступенем МезПД і МікПД та має різницю у осіб з різним генезом депресивного розладу. Питання первинності / вторинності обох феноменів є дискусійним, проте, беззаперечно, наявність у хворої обох з них, має взаємопотенційуючий та взаємноіндукуючий вплив на подальший розвиток і прогресивність як депресивного розладу, так і МезПД і МікПД. Отримані дані повинні враховуватися при розробці лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів стосовно даного контингенту хворих. Ці закономірності повинні враховуватися при розробці лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих на депресію.

**Keywords:** depressive disorders, psychopathological symptoms, mesosocial maladaptation, microsocial maladaptation, psychogenic depression, organic depression, endogenous depression.

**Ключові слова:** депресивні розлади, психопатологічна симптоматика, мезосоціальна дезадаптація, мікросоціальна дезадаптація, психогенна депресія, органічна депресія, ендогенна депресія.

На теперішній час депресивні розлади перетворилися на маркер сучасного суспільства, розповсюдження якого неухильно зростає: за даними ВООЗ, 5% від усього населення земної кулі звертались за допомогою з цього приводу і отримували відповідне лікування, причому серед них кількість жінок, що страждають на депресію (12 – 20%), є значуще більшою, ніж чоловіків (5 – 12%) [1 – 4]. Окрім того, що депресивні розлади значною мірою впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування, спричиняють підвищення ризику передчасної смерті [5], депресія утруднює задоволення базових потреб людини і негативно впливає на її повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя та розвитку психосоціальної дезадаптації (ПД) [6], яка може являти собою як самостійне явище, так і бути предиктором або наслідком психічної патології. В цьому контексті вона викликає закономірний інтерес у дослідників, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я [7, 8].

Треба зазначити, що на розвиток і прогресування ПД відбувається під впливом дії соціальних

чинників різних рівнів, а саме, макро-, мезо- і мікросоціального. Зрозуміло, ці впливи цих чинників не є однаковим, бо наявність, наприклад, мікросоціальної, насамперед, родинної, дезадаптації у хворих з депресивними розладами, може нанести значно більший патогенний вплив, ніж, наприклад, дезадаптація на макрорівні [9, 10]. Однак, питання ідентифікації особливостей взаємовпливу депресії і психосоціальної дезадаптації (ПД) мезо- та мікросоціального рівнів на теперішній час не знайшло свого остаточного вирішення, що унеможливує розробку персоніфікованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

**Мета роботи** – дослідження співвідношень варіативності і інтенсивності проявів психопатологічної симптоматики і ПД мезо- та мікросоціального рівнів у жінок із депресивними розладами різного генезу, для визначення в подальшому таргетних мішеней персоніфікації лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження.** На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лі-

карні імені О. Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, хворих на депресію. Згідно з дизайном роботи, у дослідження були включені 94 жінки з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, F43.21), 83 жінки з ендogenous депресією (депресивний епізод, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, F31.3, F31.4, F31.5) та 75 жінок із депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади, F06.3).

Окрім класичного клініко-психопатологічного обстеження, для визначення клінічної специфіки депресивних розладів здійснювали психодіагностичне дослідження з використанням «Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Л. Дерогатіс SCL-90-R [11].

З метою ідентифікації та виміру вираженості ПД мезо- (МезПД) і мікро- (МікПД) соціального рівнів, була розроблена оригінальна шкала, що містила оцінку соціально-професійної та міжособистісної складових МезПД, та сімейної та батьківської складових МікПД, яка була апробована нами і довела свою валідність й ефективність [12]. Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація).

Під соціально-професійною дезадаптацією розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному (виробничому) середовищі та реалізації професійних функцій, пов'язане з впливом психосоціальних факторів. Під міжособистісною дезадаптацією ми розуміли порушення інтерперсональної взаємодії, мікросоціальних стосунків та формування соціальних зв'язків.

Під сімейною дезадаптацією розумілося порушення сімейного функціонування та порушення

адаптації у соціальному середовищі під впливом сімейних стосунків. Під батьківською дезадаптацією ми розуміли порушення виконання батьківських функцій і порушення соціального функціонування у зв'язку з виконанням батьківських обов'язків.

Обстежені жінки за результатами оцінки ступеня ПД з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, у яких показник ПД не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи увійшли 204 жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювали як ознаки ПД легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеня.

З урахуванням поєднання генезу депресії та ступеня ПД, було виділено 12 груп: 19 пацієнок з психогенною депресією та відсутністю ознак ПД, 15 жінок з ендogenous депресією та відсутністю ознак ПД, 14 жінок з органічною депресією та відсутністю ПД, 50 жінок з психогенною депресією та ПД легкого ступеня, 14 жінок з ендogenous депресією та ПД легкого ступеня, 9 жінок з органічною депресією та ПД легкого ступеня, 16 жінок з психогенною депресією та ПД помірного ступеня, 37 жінок з ендogenous депресією та ПД помірного ступеня, 18 жінок з органічною депресією та ПД помірного ступеня, 9 жінок з психогенною депресією та ПД важкого ступеня, 17 жінок з ендogenous депресією та ПД важкого ступеня, 34 жінки з органічною депресією та ПД важкого ступеня.

**Результати та їх обговорення.** При вивченні особливостей психопатологічної симптоматики, притаманної жінкам з МезПД, були виявлені наступні закономірності (табл. 1).

Таблиця 1

**Показники вираженості психопатологічної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади, з різними ступенями МезПД**

Показник	Ступінь МезПД			
	Без ознак МезПД	Легка МезПД	Помірна МезПД	Важка МезПД
Соматизація	0,28±0,20	0,40±0,19	0,53±0,22	0,72±0,24
Обсесивно-компульсивні розлади	0,60±0,30	0,78±0,33	0,78±0,36	1,09±0,31
Міжособистісна сензитивність	0,73±0,18	0,83±0,18	1,02±0,29	1,24±0,36
Депресія	1,79±0,24	2,01±0,27	2,41±0,34	2,90±0,23
Тривожність	0,55±0,39	0,78±0,33	1,13±0,38	1,44±0,37
Ворожість	0,24±0,27	0,46±0,25	0,63±0,28	0,67±0,40
Фобічна тривожність	0,53±0,14	0,59±0,14	0,72±0,18	0,90±0,16
Паранояльні симптоми	0,00±0,03	0,00±0,03	0,05±0,09	0,08±0,10
Психотизм	0,31±0,15	0,33±0,17	0,43±0,23	0,51±0,20
Додаткові симптоми	0,78±0,27	0,85±0,29	1,20±0,30	1,50±0,34
Індекс GSI	0,65±0,12	0,78±0,11	0,98±0,15	1,21±0,12
Індекс PSI	29,50±5,79	34,06±3,90	41,59±5,22	45,82±4,73
Індекс PDSI	1,99±0,18	2,04±0,17	2,11±0,20	2,39±0,22

Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп

Показник	Без ознак МезПД vs Легка МезПД	Без ознак МезПД vs Помірна МезПД	Без ознак МезПД vs Важка МезПД	Легка МезПД vs Помірна МезПД	Легка МезПД vs Важка МезПД	Помірна МезПД vs Важка МезПД
Соматизація	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Міжособистісна сензитивність	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Тривожність	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Ворожість	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	<0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Паранояльні симптоми	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Психотизм	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Додаткові симптоми	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс GSI	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PSI	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01

Так, показник соматизації у жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак МезПД, склали  $0,28 \pm 0,20$  балів, з ознаками легкої МезПД –  $0,40 \pm 0,19$  балів, з ознаками помірної МезПД –  $0,53 \pm 0,22$  балів, з ознаками важкої МезПД –  $0,72 \pm 0,24$  балів; обсесивно-компульсивної симптоматики – відповідно  $0,60 \pm 0,30$  балів,  $0,78 \pm 0,33$  балів,  $0,78 \pm 0,36$  балів,  $1,09 \pm 0,31$  балів; міжособистісної сензитивності – відповідно  $0,73 \pm 0,18$  балів,  $0,83 \pm 0,18$  балів,  $1,02 \pm 0,29$  балів,  $1,24 \pm 0,36$  балів; депресії – відповідно  $1,79 \pm 0,24$  балів,  $2,01 \pm 0,27$  балів,  $2,41 \pm 0,34$  балів,  $2,90 \pm 0,23$  балів; тривожності – відповідно  $0,55 \pm 0,39$  балів,  $0,78 \pm 0,33$  балів,  $1,13 \pm 0,38$  балів,  $1,44 \pm 0,37$  балів; ворожості – відповідно  $0,24 \pm 0,27$  балів,  $0,46 \pm 0,25$  балів,  $0,63 \pm 0,28$  балів,  $0,67 \pm 0,40$  балів; фобічної тривожності – відповідно  $0,53 \pm 0,14$  балів,  $0,59 \pm 0,14$  балів,  $0,72 \pm 0,18$  балів,  $0,90 \pm 0,16$  балів; паранояльної симптоматики – відповідно  $0,00 \pm 0,03$  балів,  $0,00 \pm 0,03$  балів,  $0,05 \pm 0,09$  балів,  $0,08 \pm 0,10$  балів; психотизму – відповідно  $0,31 \pm 0,15$  балів,  $0,33 \pm 0,17$  балів,  $0,43 \pm 0,23$  балів,  $0,51 \pm 0,20$  балів; додаткової симптоматики – відповідно  $0,78 \pm 0,27$  балів,  $0,85 \pm 0,29$  балів,  $1,20 \pm 0,30$  балів,  $1,50 \pm 0,34$  балів.

І індекси GSI, PSI та PDSI збільшувалися з погіршенням МезПД: середнє значення індексу GSI у жінок без ознак МезПД склали  $0,65 \pm 0,12$  балів, з ознаками легкої МезПД –  $0,78 \pm 0,11$  балів, з ознаками помірної МезПД –  $0,98 \pm 0,15$  балів, з ознаками

важкої МезПД –  $1,21 \pm 0,12$  балів; індексу PSI – відповідно  $29,50 \pm 5,79$  балів,  $34,06 \pm 3,90$  балів,  $41,59 \pm 5,22$  балів,  $45,82 \pm 4,73$  балів; індексу PDSI – відповідно  $1,99 \pm 0,18$  балів,  $2,04 \pm 0,17$  балів,  $2,11 \pm 0,20$  балів,  $2,39 \pm 0,22$  балів.

Міжгруповий аналіз виявив розбіжності при порівнянні груп без ознак МезПД з ознаками легкої МезПД виявив значущі розбіжності щодо соматизації ( $p < 0,01$ ), обсесивно-компульсивних розладів ( $p < 0,01$ ), міжособистісної сензитивності ( $p < 0,05$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), тривожності ( $p < 0,01$ ), ворожості ( $p < 0,01$ ), фобічної тривожності ( $p < 0,05$ ), а також індексів GSI ( $p < 0,01$ ) та PSI ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп без ознак МезПД та з помірною МезПД – за всіма симптомами ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп без ознак МезПД та з важкою МезПД – за всіма симптомами ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп з легкою МезПД та помірною МезПД – за всіма симптомами, крім обсесивно-компульсивних розладів ( $p < 0,01$ ), а також за індексом GSI ( $p < 0,01$ ), індексом PSI ( $p < 0,01$ ) та індексом PDSI ( $p < 0,05$ ); при порівнянні груп з легкою та важкою МезПД – за всіма симптомами ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп з помірною та важкою МезПД – за симптомами соматизації ( $p < 0,01$ ), обсесивно-компульсивних розладів ( $p < 0,01$ ), міжособистісної сензитивності ( $p < 0,01$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), тривожності ( $p < 0,01$ ), фобічної тривожності ( $p < 0,01$ ), додаткової симптоматики ( $p < 0,01$ ), а також індексу GSI ( $p < 0,01$ ), індексу PSI ( $p < 0,01$ ) та індексу PDSI ( $p < 0,01$ ).

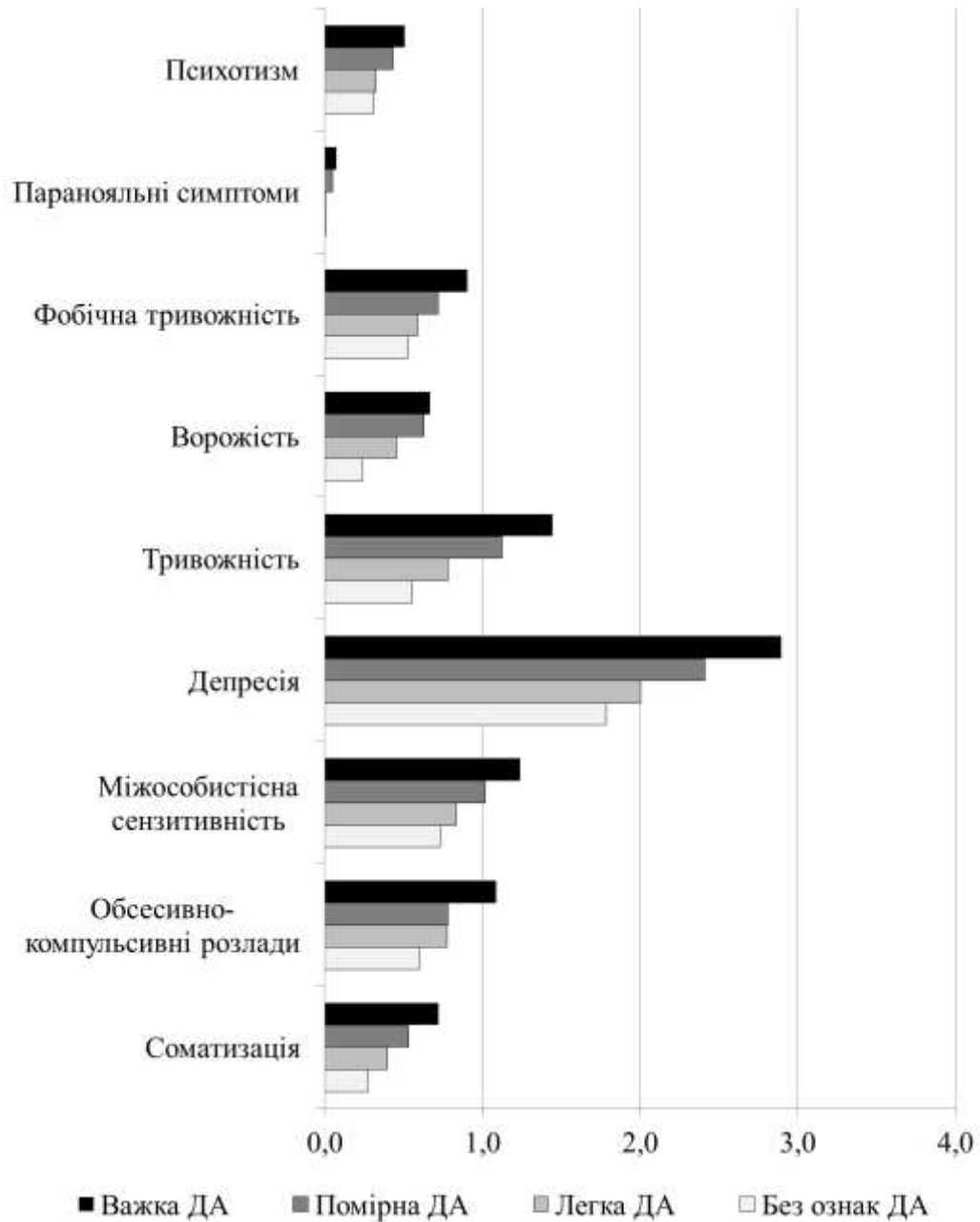


Рис. 1. Середні показники вираженості психопатологічної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади, з різними ступенями МезПД

Виявлені закономірності зберігалися і при аналізі особливостей МікПД: показники психопатологічної симптоматики зростали паралельно з її збільшенням (табл. 2).

## Показники вираженості психопатологічної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади, з різними ступенями МікПД

Показник	Ступінь МікПД					
	Без ознак МікПД	Легка МікПД	Помірна МікПД	Важка МікПД		
Соматизація	0,28±0,20	0,41±0,22	0,40±0,17	0,61±0,23		
Обсесивно-компульсивні розлади	0,60±0,30	0,68±0,30	0,83±0,35	0,86±0,37		
Міжособистісна сензитивність	0,73±0,18	0,81±0,19	0,92±0,25	1,07±0,33		
Депресія	1,79±0,24	1,96±0,27	2,05±0,27	2,63±0,32		
Тривожність	0,55±0,39	0,86±0,36	0,83±0,36	1,24±0,39		
Ворожість	0,24±0,27	0,35±0,29	0,54±0,21	0,65±0,33		
Фобічна тривожність	0,53±0,14	0,62±0,10	0,60±0,17	0,79±0,19		
Паранояльні симптоми	0,00±0,03	0,00±0,00	0,02±0,05	0,06±0,09		
Психотизм	0,31±0,15	0,37±0,17	0,33±0,19	0,46±0,22		
Додаткові симптоми	0,78±0,27	0,76±0,30	0,98±0,30	1,29±0,34		
Індекс GSI	0,65±0,12	0,77±0,12	0,82±0,14	1,06±0,17		
Індекс PSI	29,50±5,79	33,50±3,57	36,01±5,11	43,26±5,23		
Індекс PDSI	1,99±0,18	2,03±0,15	2,04±0,18	2,21±0,23		
Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні груп						
Показник	Без ознак МікПД vs Легка МікПД	Без ознак МікПД vs Помірна МікПД	Без ознак МікПД vs Важка МікПД	Легка МікПД vs Помірна МікПД	Легка МікПД vs Важка МікПД	Помірна МікПД vs Важка МікПД
Соматизація	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	>0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,05	>0,05
Міжособистісна сензитивність	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Депресія	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Тривожність	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Ворожість	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05
Фобічна тривожність	<0,01	<0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Паранояльні симптоми	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Психотизм	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Додаткові симптоми	>0,05	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
Індекс GSI	<0,01	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01
Індекс PSI	<0,01	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,01
Індекс PDSI	>0,05	>0,05	<0,01	>0,05	<0,01	<0,01

Так, середній показник соматизації у жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак МікПД, склав 0,28±0,20 балів, з ознаками легкої МікПД – 0,41±0,22 балів, з ознаками помірної МікПД – 0,40±0,17 балів, з ознаками важкої МікПД – 0,61±0,23 балів; обсесивно-компульсивних розладів – відповідно 0,60±0,30 балів, 0,68±0,30 балів, 0,83±0,35 балів, 0,86±0,37 балів; міжособистісної сензитивності – відповідно 0,73±0,18 балів, 0,81±0,19 балів, 0,92±0,25 балів, 1,07±0,33 балів; депресії – відповідно 1,79±0,24 балів, 1,96±0,27 балів, 2,05±0,27 балів, 2,63±0,32 балів; тривожності – відповідно 0,55±0,39 балів, 0,86±0,36 балів, 0,83±0,36 балів, 1,24±0,39 балів; ворожості – відповідно 0,24±0,27 балів, 0,35±0,29 балів, 0,54±0,21 балів, 0,65±0,33 балів; фобічної тривожності – відповідно 0,53±0,14 балів, 0,62±0,10 балів, 0,60±0,17 балів, 0,79±0,19 балів; паранояльної симптоматики – відповідно 0,00±0,03 балів, 0,00±0,00 балів, 0,02±0,05 балів, 0,06±0,09 балів; психотизму – відповідно 0,31±0,15 балів, 0,37±0,17 балів, 0,33±0,19 балів,

0,46±0,22 балів; додаткової симптоматики – відповідно 0,78±0,27 балів, 0,76±0,30 балів, 0,98±0,30 балів, 1,29±0,34 балів.

Також по мірі збільшення вираженості МікПД зростали індекс GSI – відповідно 0,65±0,12 балів, 0,77±0,12 балів, 0,82±0,14 балів, 1,06±0,17 балів; індекс PSI – відповідно 29,50±5,79 балів, 33,50±3,57 балів, 36,01±5,11 балів, 43,26±5,23 балів; та індекс PDSI – відповідно 1,99±0,18 балів, 2,03±0,15 балів, 2,04±0,18 балів, 2,21±0,23 балів.

Міжгрупові розбіжності були виявлені при порівнянні груп без ознак МікПД та з ознаками легкої МікПД за симптомами соматизації ( $p<0,01$ ), депресії ( $p<0,01$ ), тривожності ( $p<0,01$ ), фобічної тривожності ( $p<0,01$ ), а також індексом GSI ( $p<0,01$ ) та індексом PSI ( $p<0,01$ ); при порівнянні груп без ознак МікПД та ознаками помірної МікПД – за симптомами соматизації ( $p<0,01$ ), обсесивно-компульсивних розладів ( $p<0,01$ ), міжособистісної сензитивності ( $p<0,01$ ), депресії ( $p<0,01$ ), тривожності ( $p<0,01$ ), ворожості ( $p<0,01$ ), фобічної тривожності

( $p < 0,05$ ), додаткової симптоматики ( $p < 0,01$ ), а також за індексами GSI ( $p < 0,01$ ) і PSI ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп без ознак МікПД та з важкою МікПД – за всіма симптомами та індексами ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп з легкою та помірною МікПД – за симптомами обсессивно-компульсивних розладів ( $p < 0,01$ ), ворожості ( $p < 0,01$ ), додаткової симптоматики ( $p < 0,01$ ) та за індексом PSI ( $p < 0,05$ ); при порівнянні груп з легкою МікПД та важкою МікПД – за симптомами соматизації ( $p < 0,01$ ), обсессивно-компульсивних розладів ( $p < 0,05$ ), міжособистісної сензитивності ( $p < 0,01$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), тривожності ( $p < 0,01$ ), ворожості ( $p < 0,01$ ), фобічної тривожності ( $p < 0,01$ ), паранояльної симптоматики ( $p < 0,01$ ), психотизму ( $p < 0,05$ ), додаткової симптоматики ( $p < 0,01$ ), а також індексу GSI ( $p < 0,01$ ), індексу PSI ( $p < 0,01$ ) та індексу PDSI ( $p < 0,01$ ); при порівнянні груп з помірною МікПД та важкою МікПД – за симптомами соматизації ( $p < 0,01$ ), міжособистісної сензитивності ( $p < 0,01$ ), депресії ( $p < 0,01$ ), тривожності ( $p < 0,01$ ), фобічної тривожності ( $p < 0,01$ ), паранояльної симптоматики ( $p < 0,01$ ), психотизму ( $p < 0,05$ ), додаткової симптоматики ( $p < 0,01$ ), а також індексами GSI ( $p < 0,01$ ), PSI ( $p < 0,01$ ) та PDSI ( $p < 0,01$ ).

#### Висновки.

Переважає більшість жінок з депресивними розладами психогенного, ендогенного і органічного генезу мають ознаки МезПД і МікПД різного ступеню вираженості.

Клінічна варіативність психопатологічної симптоматики депресивних розладів у жінок, в цілому, не має генезоспецифічності та не відрізняється у хворих з наявністю або відсутністю проявів МезПД і МікПД.

Важкість й інтенсивність психопатологічної симптоматики депресії прямо асоційована зі ступенем МезПД і МікПД та має різницю у осіб з різним генезом депресивного розладу.

Питання первинності / вторинності обох феноменів є дискусійним, проте, беззаперечно, наявність у хворої обох з них, має взаємопотенціюючий та взаємноіндукуючий вплив на подальший розвиток і прогресивність як депресивного розладу, так і МезПД і МікПД.

Отримані дані повинні враховуватися при розробці лікувально-діагностичних та реабілітаційних заходів стосовно даного контингенту хворих.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ:

1. Волошин П.В., Марута Н.О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10-18.
2. Нециркулярні депресії (монографія) / за ред. О. К. Напрєєнка. К.: Софія-А, 2013. 624 с.
3. Рахман Л.В. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 104–110.
4. Козідубова В. М., Долуда С. М., Гончаров В. Є., Баричева Е. М., Гурницький О. В., Шейніна Т. Л., Корж А. В. Психосоматичні розлади в практиці сімейної медицини // Проблеми безперервної медичної науки і освіти. 2018. № 28 (1). С. 81 – 86.
5. Маркова М.В., Рахман Л.В. Взаємозв'язок провідної клініко-психопатологічної симптоматики та особливостей копінг-поведінки у хворих на терапевтично резистентні депресії // Український вісник психоневрології. 2015. Том 23, вип. 2 (83). С. 91 – 94.
6. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) // Український вісник психоневрології. 2018. Том 26, вип. 1 (94). С. 62 – 65.
7. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии // Нейронews. 2013. № 8 (53). С. 16 – 20.
8. Рахман Л. В. Стан і структура соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично-резистентними депресіями // Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. Hamilton, ON. 2015. Issue 5 (11). P. 110 – 121.
9. Савіна М. В. Рівень депресивного реагування у подружжів з різним станом здоров'я сім'ї та залежної поведінки у жінок // Український вісник психоневрології. 2016. Том 24, вип. 2 (87). С. 82 – 88.
10. Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Специфіка соціальної підтримки та провини, тривоги і напруженості в сімейних стосунках у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу й вираженості психосоціальної дезадаптації // Norwegian Journal of development of the International Science. 2019. № 32. Vol. 1, P. 13-21.
11. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. М.: Когито-Центр, 2007.
12. Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. № 9. С. 82 – 92.