

УДК 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058
<https://doi.org/10.31071/promedosvity2020.01.045>

ВАРІАТИВНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ПРОЯВІВ МАКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Доц. Р. І. Ісаков

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчено співвідношення варіативності й інтенсивності проявів психопатологічної симптоматики і психосоціальної дезадаптації макросоціального рівня (МакПД) у жінок із депресивними розладами різного ґенезу. Для визначення цільових мішеней персоналізації лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу. У дослідженні брали участь 94 хворі на депресивний розлад психогенного ґенезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації), 83 жінки з ендogenous депресією (депресивний епізод; рекурентно депресивний розлад; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії) і 75 пацієнток із депресивним розладом органічного ґенезу (органічні афективні розлади). Під час дослідження використовувалися клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи.

Установлено, що переважна більшість жінок із депресивними розладами психогенного, ендogenous й органічного ґенезу мають ознаки МакПД різного ступеня. Клінічна варіативність психопатологічної симптоматики депресивних розладів у жінок загалом не має ґенезоспецифічності та не відрізняється у хворих із наявністю або відсутністю проявів МакПД. Тяжкість та інтенсивність психопатологічної симптоматики депресії прямо асоційована зі ступенем МакПД та відрізняється в осіб із різним ґенезом депресивного розладу. Питання первинності/вторинності обох феноменів є дискусійним, проте беззаперечно наявність у хворої їх обох має взаємопотенційуючий та взаємноіндукуючий вплив на подальший розвиток і прогредієнтність як депресивного розладу, так і МакПД. На отримані дані та закономірності необхідно зважати, розробляючи лікувально-діагностичні, лікувально-реабілітаційні, реабілітаційні та профілактичні заходи для хворих на депресію.

Ключові слова: депресивні розлади, психопатологічна симптоматика, психосоціальна дезадаптація, психогенна депресія, органічна депресія, ендogenous депресія.

Кінець ХХ — початок ХХІ століття характеризується збільшенням наукових досліджень, присвячених гендерним особливостям виникнення, розвитку й перебігу психічних розладів. Інтерес, що виник спочатку на основі емпіричних спостережень, підкріплених клінічними й лабораторними даними, нині набув особливої актуальності через концепцію персоналізованої медичної допомоги, що превалює тепер як у соматичній медицині, так і в галузі охорони психічного здоров'я [1, 2, 3].

Серед психічних хвороб депресивні розлади перетворилися на маркер сучасного суспільства, розповсюдження якого неухильно зростає:

за даними ВООЗ, 5 % від усього населення земної кулі зверталися по допомогу з цього приводу й отримували відповідне лікування, до того ж серед них кількість жінок, які страждають на депресію (12–20 %), є значущо більшою, ніж чоловіків (5–12 %) [4, 5, 6, 7].

Окрім того, що депресивні розлади значним чином впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування, а також підвищують ризик передчасної смерті [8], депресія ще й ускладнює задоволення базових потреб людини й негативно впливає на її повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя та розвитку психосоціальної

дезадаптації (ПД) [9], яка може бути як самостійним явищем, так і предиктором або наслідком психічної патології. У цьому контексті вона викликає закономірний інтерес у дослідників, які працюють у галузі охорони психічного здоров'я [10, 11].

Необхідно зазначити, що розвиток і прогресування ПД відбувається під впливом дії макро-, мезо- та мікросоціальних рівнів. І якщо проблемі мікросоціальної, насамперед родинної, дезадаптації у хворих із депресивними розладами науковці приділяють увагу [12, 13], то питання ідентифікації особливостей дезадаптації макросоціального рівня в цього контингенту та закономірності взаємовпливу депресії і макросоціальної дезадаптації (МакПД) нині не висвітлено, що унеможливує розробку персоналізованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

Мета роботи — дослідження співвідношень варіативності й інтенсивності проявів психопатологічної симптоматики і ПД макросоціального рівня в жінок із депресивними розладами різного генезу, для визначення цільових мішеней персоналізації лікувально-реабілітаційних заходів для цього контингенту пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, хворих на депресію. Згідно з дизайном роботи, у дослідженні брали участь 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» [14].

Із метою ідентифікації та вимірювання вираженості МакПД було розроблено оригінальну шкалу, що містила оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної складових МакПД, яка була апробована й довела свою валідність та

ефективність [15]. Кожна сфера досліджувалася 10 запитаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною характеристикою — 10 балів (максимальна адаптація), максимальна — 50 балів (максимальна дезадаптація).

Під *соціально-економічною дезадаптацією* ми розуміли порушення адаптації індивіда в соціальному середовищі під впливом майнових, економічних і фінансових чинників. Оцінка соціально-економічної дезадаптації здійснювалася аналізуванням бальної відповіді пацієнток на такі запитання: «Мені не вистачає грошей на поточні потреби»; «Я заробляю значно менше, ніж могла би»; «Я постійно турбуюся про гроші»; «За останній рік моя робота (бізнес) стала менш прибутковою»; «Я втратила кар'єрні перспективи»; «Мені доводиться шукати додатковий зарібок»; «Я не можу дозволити собі заощаджувати»; «Мені доводиться позичати гроші (жити в кредит)»; «Коли я думаю про гроші, я відчуваю себе нещасною»; «Я не очікую поліпшення свого матеріального становища».

Інформаційно-соціальна дезадаптація — це порушення адаптації індивіда в соціальній сфері під впливом інформаційних чинників. Зазначена дезадаптація оцінювалася бальними відповідями пацієнток на такі запитання: «Інформація, яку я отримую, викликає в мене переважно негативні емоції»; «Я не довіряю інформації, яку одержую від ЗМІ та сторонніх людей»; «Я намагаюся не дивитися інформаційні програми й не відвідувати інформаційні сайти»; «Я ретельно відбираю інформацію для себе (дивлюся лише певні телеканали, відвідую лише окремі сайти, читаю тільки певні видання та ін.)»; «Після перегляду телевізора я відчуваю сум або тривогу»; «Вважаю, що у ЗМІ надто багато негативної інформації»; «Мені доводилося конфліктувати з моїми родичами або близькими через зміст телевізійних програм, інтернет-контенту тощо»; «Я відчуваю брак необхідної мені інформації»; «Нова інформація погіршує мою працездатність»; «Я надто емоційно реагую на нову інформацію».

Обстежених жінок за результатами визначення ступеня МакПД із використанням розробленої шкали було розподілено на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, у яких показник МакПД не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи увійшли 204 жінки, у яких принаймні за однією шкалою виявлено показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. Водночас показник за шкалою в межах

20–29 балів розцінювали як ознаки МакПД легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів — як дезадаптацію помірного ступеня, показник у 40 і більше балів — вираженого ступеня.

Зважаючи на поєднання генезу депресії та ступеня МакПД, було виділено 12 груп: 19 пацієнток із психогенною депресією та відсутністю ознак МакПД, 15 жінок — із ендogenous депресією та відсутністю ознак МакПД, 14 жінок — із органічною депресією та відсутністю МакПД, 50 жінок — із психогенною депресією та МакПД легкого ступеня, 14 жінок — із ендogenous депресією та МакПД легкого ступеня, 9 жінок — із органічною депресією та МакПД легкого ступеня, 16 жінок — із психогенною депресією та МакПД помірного ступеня, 37 жінок — із ендogenous депресією та МакПД помірного ступеня, 18 жінок — із органічною депресією та МакПД помірного ступеня, 9 жінок — із психогенною депресією та МакПД важкого ступеня, 17 жінок — із ендogenous депресією та МакПД важкого ступеня, 34 жінки — із органічною депресією та МакПД важкого ступеня.

Статистико-математичний аналіз становить формування описової статистики й аналізування розбіжностей із використанням непараметричних методів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Унаслідок проаналізованих особливостей психопатологічної симптоматики відповідно до ступеня МакПД одержано узагальнені дані щодо

кількісних показників вираженості психопатологічної симптоматики (табл. 1, 2).

Тяжкість психопатологічної симптоматики зростала пропорційно до підвищення рівня тяжкості МакПД. Так, показник:

– соматизації у жінок без ознак МакПД склав $0,28 \pm 0,20$ балів, з ознаками легкої МакПД — $0,39 \pm 0,18$ балів, помірної МакПД — $0,50 \pm 0,22$ балів, важкої МакПД — $0,63 \pm 0,24$ балів, що свідчило про те, що вираженість тілесних проявів депресивного процесу, а саме скарги, фіксовані на кардіоваскулярних, гастроінтестинальних, респіраторних та інших симптомах, загальний м'язовий дискомфорт, головний біль і больовий синдром іншої локалізації наростали асоційовано з інтенсивністю МакПД;

– обсесивно-компульсивної симптоматики (постійної появи думок та імпульсів непереборної сили, які пацієнтки кваліфікували як небажані) — відповідно, $0,60 \pm 0,30$ балів, $0,74 \pm 0,30$, $0,76 \pm 0,36$ та $1,00 \pm 0,35$ балів;

– міжособистісної сенситивності — відповідно, $0,73 \pm 0,18$ балів, $0,82 \pm 0,18$, $0,96 \pm 0,28$ та $1,16 \pm 0,32$ балів, що свідчило про підвищення відчуття особистісної неадекватності й неповноцінності, самозвинувачення, неспокою та дискомфорту в процесі міжособистісної взаємодії у міру зростання вираженості МакД;

– депресії, що відображалася в широкій палітрі дисфоричної й афективної симптоматики у вигляді втрати інтересу до життя, браку мотивації до будь-якої діяльності, ангедонічної й астеничної симптоматики — відповідно,

Таблиця 1

Вираженість психопатологічної симптоматики у жінок із депресивними розладами

Показник	Ступінь МакПД			
	Без ознак МакПД	Легка МакПД	Помірна МакПД	Тяжка МакПД
Соматизація	$0,28 \pm 0,20$	$0,39 \pm 0,18$	$0,50 \pm 0,22$	$0,63 \pm 0,24$
Обсесивно-компульсивні розлади	$0,60 \pm 0,30$	$0,74 \pm 0,30$	$0,76 \pm 0,36$	$1,00 \pm 0,35$
Міжособистісна сенситивність	$0,73 \pm 0,18$	$0,82 \pm 0,18$	$0,96 \pm 0,28$	$1,16 \pm 0,32$
Депресія	$1,79 \pm 0,24$	$1,96 \pm 0,26$	$2,29 \pm 0,27$	$2,75 \pm 0,33$
Тривожність	$0,55 \pm 0,39$	$0,78 \pm 0,34$	$1,01 \pm 0,41$	$1,33 \pm 0,34$
Ворожість	$0,24 \pm 0,27$	$0,44 \pm 0,25$	$0,59 \pm 0,25$	$0,68 \pm 0,35$
Фобічна тривожність	$0,53 \pm 0,14$	$0,58 \pm 0,13$	$0,68 \pm 0,18$	$0,83 \pm 0,17$
Паранояльні симптоми	$0,00 \pm 0,03$	$0,01 \pm 0,03$	$0,03 \pm 0,07$	$0,08 \pm 0,10$
Психотизм	$0,31 \pm 0,15$	$0,32 \pm 0,17$	$0,39 \pm 0,20$	$0,51 \pm 0,22$
Додаткові симптоми	$0,78 \pm 0,27$	$0,80 \pm 0,27$	$1,14 \pm 0,28$	$1,39 \pm 0,33$
Індекс GSI	$0,65 \pm 0,12$	$0,76 \pm 0,11$	$0,92 \pm 0,13$	$1,13 \pm 0,15$
Індекс PST	$29,50 \pm 5,79$	$33,27 \pm 3,35$	$39,86 \pm 4,98$	$44,93 \pm 4,57$
Індекс PDSI	$1,99 \pm 0,18$	$2,05 \pm 0,18$	$2,06 \pm 0,16$	$2,27 \pm 0,25$

Таблиця 2

Рівень статистичної значущості розбіжностей

Показник	Без ознак МакПД vs легка МакПД	Без ознак МакПД vs помірна МакПД	Без ознак МакПД vs тяжка МакПД	Легка МакПД vs помірна МакПД	Легка МакПД vs тяжка МакПД	Помірна МакПД vs тяжка МакПД
Соматизація	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Обсесивно-компульсивні розлади	< 0,05	< 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Міжособистісна сенситивність	< 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	< 0,05	< 0,01	< 0,01	< 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	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Індекс PST	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01
Індекс PDSI	> 0,05	< 0,05	< 0,01	> 0,05	< 0,01	< 0,01

1,79 ± 0,24 балів, 1,96 ± 0,26, 2,29 ± 0,27 та 2,75 ± 0,33 балів;

– тривожності — відповідно, 0,55 ± 0,39 балів, 0,78 ± 0,34, 1,01 ± 0,41 та 1,33 ± 0,34 балів, що свідчило про наростання таких проявів, як нервозність, психоемоційне напруження, напади паніки й недиференційоване відчуття страху, зі збільшенням проявів МакПД;

– ворожості, тобто проявів злості, агресії, дратівливості, гніву та обурення — відповідно, 0,24 ± 0,27 балів, 0,44 ± 0,25, 0,59 ± 0,25 та 0,68 ± 0,35 балів;

– фобічної тривожності — відповідно, 0,53 ± 0,14 балів, 0,58 ± 0,13, 0,68 ± 0,18 та 0,83 ± 0,17 балів, засвідчуючи, що вираженість відчуття страху до певних осіб, місць або ситуацій, яке провокувало ірраціональну й неадекватну щодо стимулу, уникаючу поведінку хворих, також посилювалося в міру прогресування МакПД;

– паранояльної симптоматики (проекції думок, ворожість, підозрілість, пихатість, страх втрати незалежності, ілюзії) — відповідно, 0,00 ± 0,03 балів, 0,01 ± 0,03, 0,03 ± 0,07 та 0,08 ± 0,10 балів;

– психотизму як континууму від м'якої міжособистісної ізоляції до ознак психозу — відповідно, 0,31 ± 0,15 балів, 0,32 ± 0,17, 0,39 ± 0,20 та 0,51 ± 0,22 балів;

– додаткової симптоматики, а саме розладів харчової поведінки (поганий апетит/переїдання), дисомнії (ускладнене засинання/безсоння зранку/неспокійний і тривожний сон), думок про смерть, відчуття провини — відповідно, 0,78 ± 0,27 балів, 0,80 ± 0,27, 1,14 ± 0,28 та 1,39 ± 0,33 балів.

Індекси GSI, PST та PDSI також збільшувалися паралельно з підвищенням рівня МакПД:

– середнє значення загального індексу тяжкості симптомів (GSI), що є індикатором глибини психопатологічної симптоматики, за відсутності ознак МакПД склало 0,65 ± 0,12 балів, у разі легкої МакПД — 0,76 ± 0,11 балів, за помірної МакПД — 0,92 ± 0,13 балів, у разі тяжкої МакПД — 1,13 ± 0,15 балів;

– індексу загальної кількості ствердних відповідей (PST), що визначає широту діапазону симптоматики — відповідно, 29,50 ± 5,79 балів, 33,27 ± 3,35, 39,86 ± 4,98 та 44,93 ± 4,57 балів;

– індексу наявного симптоматичного дистресу (PDSI), що вимірює його загальну інтенсивність — відповідно, 1,99 ± 0,18 балів, 2,05 ± 0,18, 2,06 ± 0,16 та 2,27 ± 0,25 балів.

Порівнюючи показники рівня психопатологічної симптоматики серед груп жінок, хворих на депресивні розлади з різними ступенями МакПД, було виявлено значущі розбіжності:

– у разі порівняння груп без ознак МакПД та з ознаками легкої МакПД — для соматизації ($p < 0,01$), obsесивно-компульсивної симптоматики ($p < 0,05$), міжособистісної сенситивності ($p < 0,05$), 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 PST ($p < 0,01$);

– у групах без ознак МакПД та з ознаками тяжкої МакПД — для соматизації ($p < 0,01$), obsесивно-компульсивної симптоматики ($p < 0,05$), міжособистісної сенситивності ($p < 0,01$), депресії ($p < 0,01$), тривожності ($p < 0,01$), ворожості ($p < 0,01$), фобічної тривожності ($p < 0,01$), параноїальних симптоматики ($p < 0,05$), психотизму ($p < 0,05$), додаткової симптоматики ($p < 0,01$), а також індексу GSI ($p < 0,01$), індексу PST ($p < 0,01$) та індексу PDSI ($p < 0,05$);

– у разі порівняння груп без ознак МакПД та з ознаками тяжкої МакПД — для всіх симптомів та індексів ($p < 0,01$);

– у групах із легкою МакПД та помірною МакПД — для соматизації ($p < 0,01$), міжособистісної сенситивності ($p < 0,01$), депресії ($p < 0,01$), тривожності ($p < 0,01$), ворожості ($p < 0,01$), фобічної тривожності ($p < 0,01$), параноїальних симптоматики ($p < 0,01$), психотизму ($p < 0,05$), додаткової симптоматики ($p < 0,01$), а також індексу GSI ($p < 0,01$) та індексу PST ($p < 0,01$).

Необхідно зазначити, що в структурі психопатологічної симптоматики (рис. 1) найбільшої інтенсивності набували ознаки депресії (що цілком закономірно), а також тривожності й міжособистісної сенситивності, а найменш вираженими виявилися параноїальні та психотичні симптоми.

ВИСНОВКИ

Переважає більшість жінок із депресивними розладами психогенного, ендогенного й органічного генезу мають ознаки МакПД різного ступеня.

Клінічна варіативність психопатологічної симптоматики депресивних розладів у жінок загалом не має генезоспецифічності та не

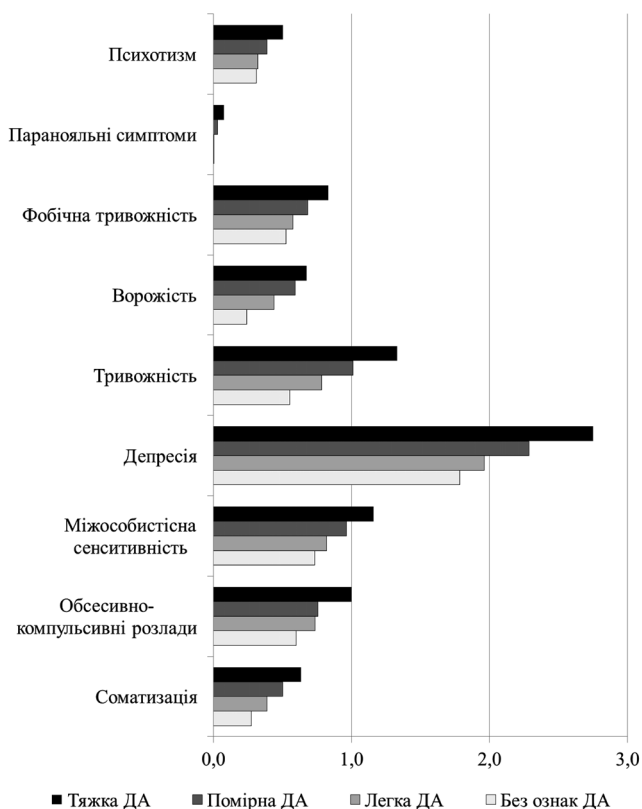


Рис. 1. Середні показники вираженості психопатологічної симптоматики в жінок, хворих на депресивні розлади з різними ступенями МакПД

відрізняється у хворих із наявністю або відсутністю проявів МакПД.

Тяжкість та інтенсивність психопатологічної симптоматики депресії прямо асоційована зі ступенем МакПД та відрізняється в осіб із різним генезом депресивного розладу.

Первинність або вторинність цих феноменів є дискусійним питанням, проте, беззаперечно, наявність у хворої їх обох має взаємопотенціюючий та взаємоіндукуючий вплив на подальший розвиток і прогресивність як депресивного розладу, так і МакПД.

Отримані дані слід брати до уваги в перспективі розроблення лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів щодо цього контингенту хворих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Гендерні особливості суїцидальної поведінки у структурі депресивної патології / Марута Н. А. та ін. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20, Вип. 3 (72). С. 201–202.
2. Маркова М. В., Косенко К. А. Соціальне функціонування та якість життя жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22, Вип. 2. С. 86–95.
3. Аймедов К. В., Рябухін К. В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2015. № 1–2. С. 81–84.

4. 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.
5. Нециркулярні депресії : монографія / за ред. О. К. Напреенка. Київ : Софія-А, 2013. 624 с.
6. Рахман Л. В. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій. *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, Вип. 1 (86). С. 104–110.
7. Психосоматичні розлади в практиці сімейної медицини / Козідубова В. М. та ін. *Проблеми безперервної медичної науки і освіти*. 2018. № 28 (1). С. 81–86.
8. 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. Т. 23, Вип. 2 (83). С. 91–94.
9. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, Вип. 1 (94). С. 62–65.
10. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии. *НейроNEWS*. 2013. № 8 (53). С. 16–20.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Москва : Когито-Центр, 2007. 77 с.
15. 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.

ВАРИАТИВНОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ И ПРОЯВЛЕНИЙ МАКРОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Доц. Р. И. Исаков

Изучены соотношения вариативности и интенсивности проявлений психопатологической симптоматики и психосоциальной дезадаптации макросоциального уровня (МакПД) у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза. Для определения целевых мишеней персонализации лечебно-реабилитационных мер для этого контингента пациентов обследовались 252 женщины, которым был установлен диагноз депрессивного расстройства. В исследовании принимали участие 94 больные с депрессивными расстройствами различного генеза (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), 83 женщины с эндогенной депрессией (депрессивный эпизод; рекуррентно-депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии) и 75 пациенток с депрессивным расстройством органического генеза (органические аффективные расстройства). При исследовании использовались клинико-психопатологический и психодиагностический методы.

Установлено, что подавляющее большинство женщин с депрессивными расстройствами психогенного, эндогенного и органического генеза имеют признаки МакПД разной степени. Клиническая вариативность психопатологической симптоматики депрессивных расстройств у женщин в целом не имеет генезоспецифичности и не отличается у больных с наличием или отсутствием проявлений МакПД. Тяжесть и интенсивность психопатологической симптоматики депрессии прямо ассоциирована со степенью МакПД и различается у лиц с разным генезом депрессивного расстройства. Вопрос первичности/вторичности обоих феноменов дискуссионный, однако, безусловно, наличие у большей их обеих имеет взаимопотенцирующее и взаимоиндуцирующее влияние на дальнейшее развитие и прогредиентность как депрессивного расстройства, так и МакПД. Полученные данные и закономерности должны учитываться при разработке лечебно-диагностических, лечебно-реабилитационных, реабилитационных и профилактических мер для больных депрессией.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психопатологическая симптоматика, психосоциальная дезадаптация, психогенная депрессия, органическая депрессия, эндогенная депрессия.