

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

**ІСАКОВ РУСТАМ ІСРОЇЛОВИЧ**

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



**ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖІНОК  
З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ  
(ПСИХОДІАГНОСТИКА, ФЕНОМЕНОЛОГІЯ,  
ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ)**

19.00.04 – медична психологія

Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеню  
доктора медичних наук

Харків – 2021

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Українській медичній стоматологічній академії МОЗ України

**Науковий консультант:** доктор медичних наук, професор  
**Скрипніков Андрій Миколайович**, Українська  
медична стоматологічна академія МОЗ України,  
кафедра психіатрії, наркології та медичної  
психології, завідувач кафедри

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Маркова Маріанна Владиславівна**,  
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, кафедра  
психотерапії, в.о.завідувача кафедри

доктор медичних наук, професор **Пшук Наталія Григорівна**, Вінницький  
національний медичний університет ім. М.І. Пирогова МОЗ України, кафедра  
медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, завідувач  
кафедри

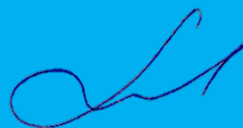
доктор медичних наук, професор **Рахман Людмила Володимирівна**,  
Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького МОЗ України,  
кафедра психіатрії, психології та сексології, професор кафедри

Захист відбудеться «18» лютого 2021 р. о 11:00 годині на засіданні  
спеціалізованої вченої ради Д 64.609.03 в Харківській медичній академії  
післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківської медичної  
академії післядипломної освіти МОЗ України за адресою: 61176, м. Харків, вул.  
Амосова, 58.

Автореферат розісланий «16» січня 2021 р.

Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради,  
кандидат психологічних наук,  
доцент



Н. К. Агішева

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** Проблема депресивних розладів є однією з центральних проблем сучасної психіатрії (Волошин П.В., Марута Н.О., 2017; Kozhyna H., Markova M., Rezunenکو O., 2017; Fekadu N.; Shibeshi W.; Engidawork E., 2016; Марута Н. А., Панько Т. В., Каленская Г.Ю., Федченко В.Ю., 2014; Чугунов В.В., Киреева Е.Н., 2014), а вдосконалення системи надання медичної допомоги хворим на депресію і їх ефективна психосоціальна реабілітація – її пріоритетним завданням (Рахман Л.В., 2016; Марута Н.О., 2013).

Депресивні розлади є надзвичайно поширеною психічною патологією: позитивна поширеність її оцінюється в 5-17% (в середньому 12%); при цьому ураженість жінок приблизно вдвічі вища за чоловіків (Global Burden of Disease Study, 2015; Pedersen C.B., Mors O., Bertelsen A., Waltoft B.L., Agerbo E., McGrath J.J., Mortensen P.B., Eaton W.W., 2014). Щорічна ймовірність розвитку депресії складає близько 7%; при цьому відмінності у поширеності захворювання у різних вікових групах є значними. Великий депресивний розлад визнаний ВООЗ третьою за масштабами причиною тягаря хвороб в усьому світі; при цьому прогнозується, що до 2030 року це захворювання вийде на перше місце (Murray C.J., 2018; Malhi G.S, Mann J.J., 2018). Депресивні розлади постійно зустрічаються у практиці лікарів усіх спеціальностей, починаючи з первинної ланки надання медичної допомоги; при цьому очевидною є гіподіагностика депресій та недостатнє забезпечення хворих на депресії необхідною клініко-психологічною та психотерапевтичною допомогою (Гончаров В.Е., Козидубова В.М., Долуда С.М., 2019; Перцева Т.О., Юр'єва Л.М., 2018; Маркова М.В., Кожина А.М., Рахман Л. В., 2015; Рахман Л. В., 2015; Напреевко О.К., 2013).

Депресивні розлади характеризуються глибокими змінами у психічній сфері, суттєвими порушеннями соціальної адаптації хворих, що включають аутодеструктивну поведінку, а також значними порушеннями гомеостазу сімейної системи (Pshuk N.G., Stukan L.V., Kaminska A.O., 2016; Kessing L.V., Miskowiak K., 2018). Спектр психопатологічних проявів депресивних реакцій не обмежується афективною сферою, а включає також порушення когнітивного функціонування, які виявляють тісний зв'язок з депресивною та тривожно-депресивною симптоматикою (Марута Н.О., Ярославцев С.О., 2020; Kessing L.V., Miskowiak K., 2018).

Депресивні розлади характеризуються високою соматичною і психіатричною коморбідністю, що мають спільну генетичну обтяженість; хворі на депресію також суттєво частіше мають психічно хворих серед найближчих родичів (Марута Н.О., Колядко С.П., Атраментова Л.О., 2020; Михайлов В.Б., Кожина А.М., Здесенко И.В., 2017).

У жінок депресивні розлади мають істотні особливості у клініко-психопатологічній феноменології, психосоціальній дезадаптації та в проявах аутодеструктивної поведінки, що вимагає диференційованих лікувально-реабілітаційних та психотерапевтичних підходів (Belov O.O., Pshuk N.G., 2020(a),

2020(b); Markova M.V., Abdriakhimova T.B., Grishina O.V., 2019; Picco L., Subramaniam M., Abdin E., Vaingankar J.A., Chong S.A., 2017).

Деадаптація – порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників психічними і фізіологічними реакціями (Герасименко Л.О., 2018). (Психо)соціальна деадаптація – дефініція, що позначає в найзагальнішому вигляді порушення процесів взаємодії людини із навколишнім середовищем, при якому мова йде про порушення процесу соціального розвитку індивіда, коли є порушення як функціональної, так і змістовної сторони соціалізації. По суті своїй, мова йде про соціальну недостатність людини, нездатність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності. Це може призводити до втрати здатності до самостійного існування, встановлення соціальних зв'язків, залежності від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності (Майерс Д., 2007).

Однак, феномен психосоціальної деадаптації сам по собі не є монолітним, він включає впливи соціальних чинників макро-, мезо- і мікросоціального рівнів. З одного боку, дія надсильних патологічних стресорів макросоціального рівню чинить дезорганізуючий вплив на соціальне функціонування окремих індивідуумів, викликаючи дестабілізацію психічного стану за рахунок формування перманентної нервово-психічної напруги через відсутність в них толерантності до невизначеності та наявності переживань щодо незахищеності перед глобальними загрозами гібридної війни (Марута Н.О., Маркова М.В., 2015). З іншого боку, хронічна психотравмуюча ситуація, що продукується професійним або сімейним середовищем, є не менш значущим за патологічними наслідками чинником, ніж макросоціальні стресові навантаження (Марков А.Р., Маркова М.В., 2019).

На цьому тлі зацікавленість викликає дослідження ролі психосоціальних стресорів та взаємного впливу депресивної психопатологічної симптоматики й процесів психосоціальної деадаптації у хворих на депресивні розлади. В даному контексті психосоціальна деадаптація розглядається і як предиктор виникнення депресій, і як патопластично діючий фактор, і як наслідок дезінтегруючого впливу хвороби на адаптивні механізми та соціальні зв'язки (Герасименко Л.О., 2018).

Однак, визнаючи актуальність вищевикладеного, наукова спільнота на теперішній час досі не має остаточної відповіді на питання ідентифікації особливостей взаємовпливу депресії і психосоціальної деадаптації різних рівнів, що унеможливорює розробку персоніфікованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана у відповідності з планом наукових досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії МОЗ України за темою «Психосоціальна деадаптація в осіб із психічними непсихотичними розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація)» (номер державної реєстрації 0119U102861).

*Об'єкт дослідження:* психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу.

*Предмет дослідження:* психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація дезадаптації жінок з депресивними розладами різного генезу.

**Мета дослідження** – на основі ідентифікації і комплексної оцінки вираженості, клініко-психологічних проявів і механізмів формування психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу, розробити систему персоніфікованої психодіагностики і психосоціальної реабілітації для даного контингенту.

Для досягнення цієї мети були визначені наступні **завдання дослідження:**

1. Створити і верифікувати психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури психосоціальної дезадаптації.

2. Здійснити порівняльний аналіз психопатологічної афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації.

3. Охарактеризувати специфіку психосоціальної дезадаптації у жінок залежно від генезу депресивного розладу.

4. Дослідити персонологічні і поведінкові патерни жінок, хворих на депресію, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації та генезу депресивного розладу.

5. Вивчити особливості психосоціального функціонування та стан його окремих джерел у жінок з депресивними розладами різного генезу та вираженості психосоціальної дезадаптації.

6. Розробити технологію багаторівневої оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, як основу персоніфікації лікувально-реабілітаційних підходів.

7. Обґрунтувати, розробити й визначити ефективність системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами.

**Методи дослідження** – клініко-психопатологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, математико-статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше обґрунтовано концепцію взаємообумовленого формування і прогресивності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням генезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу.

Диференційовано структуру психосоціальної дезадаптації у жінок, та визначено її генезоспецифічність у жінок, хворих на депресивні розлади.

Встановлено роль макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації як складових феномену психосоціальної дезадаптації, та визначено їх взаємозв'язки та асоційованість з генезом та клінічною варіативністю депресивних розладів.

Вперше процес формування і прогресування психосоціальної дезадаптації у умовах подвійної коморбідності з депресивними розладами, оцінено в аспекті їх конгруентно-кумуляційного ефекту, що лежить в основі клінічної специфічності проявів депресії й клініко-психологічних виявів психосоціальної дезадаптації, що

дало змогу констатувати відсутність між ними лінійного причинно-наслідкового зв'язку на перевагу спіральному характеру їх розвитку і варіативності.

Вперше доведена нозоспецифічність маніфестацій психосоціальної дезадаптації в амплітуді депресивних розладів залежно від їх генезу.

Обґрунтовано роль алекситимії і внутрішньої картини хвороби як провідних персоніфікованих патернів, які беруть участь у формуванні провідного типу і інтенсивності психосоціальної дезадаптації.

Доведено роль «внутрішнього конфлікту» і «внутрішнього вакууму» як результату дисконгруентності компонентів ціннісно-особистісної сфери та їх місце в розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами.

Ідентифіковано генезоспецифічні відмінності копінгового репертуару у жінок з депресією залежно від її генезу та проявів психосоціальної дезадаптації, охарактеризовано його роль в їх формуванні та розвитку.

Встановлено особливості континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні, як їх одночасно дескрипторів та предикторів.

На основі аналізу особливостей психосоціального функціонування у жінок із депресивними розладами різного генезу, визначені його джерела, що мають диференціацію асоційованості з вираженістю клініко-психопатологічної симптоматики та інтенсивністю психосоціальної дезадаптації.

Показана роль сімейної тривоги, як результуючої відчуттів провини, тривоги і напруженості в сімейних стосунках, в розвитку і прогресуванні різних типів психосоціальної дезадаптації у жінок з різним генезом депресивного розладу.

Вперше обґрунтовано, розроблено та оцінено ефективність впровадження системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами, яка побудована з урахуванням патогенетичних особливостей взаємовпливу обох феноменів.

**Практичне значення одержаних результатів** обумовлено підвищенням якості діагностики психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, з можливістю ідентифікації найбільш і найменш афільованих до ураження сфери функціонування (макро-, мезо-, мікрорівні), що забезпечується авторською психодіагностичною методикою комплексної оцінки ступеню і структури психосоціальної дезадаптації у різних сферах життєдіяльності.

Для клінічної практики важливе значення має розроблена технологія багаторівневої оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, як основа персоніфікації лікувально-реабілітаційних підходів.

Вагомого значення для клінічної практики набуває обґрунтована і розроблена система персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами, яка включає заходи на усіх ланках консультативно-діагностичного і лікувально-профілактичного процесу.

Вищевказана система впроваджена в практику роботи Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської

обласної ради» (акт впровадження від 31.08.2020), Комунального некомерційного підприємства «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради (акт впровадження від 19.08.2020), Комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради (акт впровадження від 07.09.2020), ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології національної академії медичних наук України» (акт впровадження від 27.08.2020).

Отримані наукові дані використовуються в навчальному процесі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії МОЗ України та кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

**Особистий внесок здобувача.** Дисертантом власноруч заплановані і здійснені дослідження, результати яких приведено у рукопису. Всі ідеї та розробки, використані у даному дослідженні, належать особисто автору. Самостійно проведено інформаційно-патентний пошук і планування роботи. Виконано аналітичний огляд джерел науково-методичної інформації відповідно до обраної теми. Особисто розроблено відповідний інструментарій дослідження, сформовано базу даних, проведено її аналіз та інтерпретацію. Власно автором здійснено соціально-демографічне, клініко-психопатологічне й психодіагностичне дослідження. Проведено ґрунтовний системний науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані висновки дослідження. Розроблено, запропоновано та впроваджено систему персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами та здійснена оцінка її ефективності. Особистий внесок дисертанта у роботах, опублікованих у співавторстві, висвітлено у списку праць наприкінці автореферату.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення і висновки дослідження доповідались та обговорювались на наступних конференціях, конгресах і з'їздах: науково-практичній конференції «Сучасні методи організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах» (XX Платонівські читання) (Харків – Березівські мінеральні води, 19–20.05.2017); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Війна в Україні: патоморфоз психічних та поведінкових розладів» (Дніпро, 05–06.04.2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта, дослідження» (Харків, 17–18.05.2018); науковому симпозіумі з міжнародною участю «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 03–04.10.2018); Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання неврології, психіатрії, наркології та медичної психології» (Тернопіль, 19–20.10.2018); I Конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина XXI століття: реалії та перспективи» (Київ, 01–03.11.2018); 27th European Congress of Psychiatry (Warsaw, Poland, 06–09.04.2019); науково-практичній конференції з міжнародною участю «Гендерні та вікові аспекти надання психіатричної допомоги» (Харків, 15–16.05.2019); науково-практичній

конференції з міжнародною участю «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (Тернопіль, 03–04.10.2019).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 29 наукових праць, у тому числі 25 статей у наукових фахових виданнях, що індексуються у наукометричних базах даних (серед яких 1 стаття – у виданні, що індексується в базі Web of Science); з загальної кількості статей 2 опубліковані у зарубіжних фахових спеціалізованих журналах, 23 – у виданнях, що означені «Переліком... МОН України» (з них 21 – одноосібні), 4 тез доповідей у матеріалах вітчизняних і зарубіжних конференцій.

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертацію викладено на 394 сторінках машинопису. Робота складається з анотацій українською та англійською мовами, вступу, 7 розділів (огляд літератури, обґрунтування дизайну, контингенту та методів дослідження, 5 розділів з викладенням результатів досліджень), аналізу й узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій та списку з 305 використаних джерел літератури, з яких 205 – латиницею. Дисертацію ілюстровано 65 таблицями, 73 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

**Дизайн дослідження та характеристика обстежених.** Дизайн дослідження був розроблений, виходячи з *гіпотези роботи*, яка була сформована наступним чином: взаємовпливи між феноменами депресивного розладу (ДР) і психосоціальної дезадаптації (ПД) у жінок, замість лінійного причинно-наслідкового зв'язку, мають спіральний характер їх розвитку і варіативності, а процес формування і прогресування ПД в умовах подвійної коморбідності з ДР, відбувається в умовах їх конгруентно-кумуляційного ефекту, дія якого визначає клінічну специфічність проявів депресії й клініко-психологічних виявів ПД, які частково є генезо- і нозоспецифічними щодо ДР та асоційованими з ПД, а частково детермінуються відповідними персонологічними, поведінковими й соціально-психологічними патернами.

Відповідно до сформульованої гіпотези, дослідження мало 4-х етапну структуру (рис. 1). На *першому етапі* відбувалася розробка і верифікація психодіагностичного інструменту комплексної оцінки ступеню і структури ПД у різних сферах, що забезпечило вивчення феномену ПД у жінок з ДР на новому, більш якісному рівні. Враховуючи складність взаємовпливів вивчаємих феноменів, стратифікація хворих на групи мала тривекторну структуру: відповідно до завдань дослідження, критеріями розподілу на групи ставали: а) генез депресивного розладу (в такому випадку здійснювали порівняльний аналіз показників між трьома групами), б) ступінь ПД (у даному випадку мова йшла про аналіз даних групи жінок без базових ознак ПД, та тих, в кого ці ознаки були встановлені), в) генез ДР та ступінь макро-, мезо-, мікро- ПД (в таких умовах проводили порівняльний аналіз даних дванадцяти груп хворих).



**Етап 1. Створення і верифікація психодіагностичної методики комплексної оцінки ступеню і структури ПД у різних сферах**

252 жінки з депресивними розладами

150 здорових жінок

**Стратифікація жінок з ДР на групи за:**

**1) генезом депресивного розладу (3)**

**2) ступенем ПД (2)**

94 ♀ ПсД 83 ♀ з ЕД 75 ♀ з ОД

48 ♀ без ознак ПД 204 ♀ з ПД

**3) генезом депресивного розладу + ступенем макро-, мезо-, мікро- ПД (12)**

Вид ПД / Генез ДР	Ступінь ПД															
	Без ознак ПД				Легка ПД				Помірна ПД				Важка ПД			
	ПсД	ЕД	ОД	Всього	ПсД	ЕД	ОД	Всього	ПсД	ЕД	ОД	Всього	ПсД	ЕД	ОД	Всього
Мак ПД	19	15	14	48	50	14	9	73	16	37	18	71	9	17	34	60
Мез ПД	19	15	14	48	57	16	13	86	14	43	33	90	44	9	15	28
Мік ПД	19	15	14	48	25	5	2	32	35	26	16	77	15	36	44	95

**Етап 2. Аналіз клініко-психопатологічних проявів депресії у ♀ з ПД**

- дослідження специфіки ПД залежно від генезу ДР

- характеристика проявів ДР залежно від структури і вираженості ПД

**Етап 3. Аналіз персонологічних і поведінкових патернів та психосоціального функціонування ♀ з ДР різного генезу та вираженості і структури ПД:**

-алекситимія; -внутрішня картина хвороби; -копінговий репертуар; -ціннісно-особистісна сфера; -соціально-психологічна адаптація/дезадаптація; -соціальна підтримка; -сімейна тривога; -якість життя

**Етап 4. Обґрунтування, розробка, впровадження й визначення ефективності системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР**

Рис. 1. Дизайн дослідження та розподіл обстежених на групи

На *другому етапі* роботи здійснювали аналіз клініко-психопатологічних проявів депресії у жінок з ПД, причому робили це за двомірним виміром: проводили дослідження специфіки ПД залежно від генезу ДР, та аналізували прояви ДР залежно від структури і вираженості ПД. *Третій етап* був присвячений

аналізу персонологічних і поведінкових патернів та психосоціального функціонування жінок з ДР різного генезу та вираженості і структури ПД. При цьому аналізу піддавали стан таких показників, як: -алекситимія; -внутрішня картина хвороби; -копінговий репертуар; -ціннісно-особистісна сфера; -соціально-психологічна адаптація/дезадаптація; -соціальна підтримка; -сімейна тривога; -якість життя. На *четвертому етапі* дослідження відбувалось обґрунтування, розробка, впровадження й визначення ефективності системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР.

Всього в дослідження було включено 252 жінки, яким був встановлений діагноз ДР відповідно до чинних нормативних документів (на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева). З урахуванням генезу депресії, в дослідження були включені 94 особи з ДР психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, F43.21), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод, МКХ-10 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 пацієнток з ДР органічного генезу (органічні афективні розлади, F06.3). З урахуванням поєднання генезу депресії та ступеню макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної ПД, було виділено 12 груп. Крім того, на першому етапі роботи, для верифікації методики комплексної оцінки ступеню і структури ПД, в якості групи порівняння (ГП), в дослідження було включено 150 здорових жінок без психіатричного анамнезу.

Серед жінок з ДР більше половини (55,2%) було у віці від 28 до 38 років; 22,5% – від 18 до 28 років, 17,5% – від 38 до 48 років, 4,8% були у віці 48 і більше років. За віком початку захворювання на ДР жінки мали наступний розподіл: у 57,1% випадках депресія виникла у віці від 18 до 28 років, у 34,1% - від 28 до 38 років, у 6,0% - від 38 до 48 років, у 2,8% – від 48 і старше. 69,0% жінок отримали виховання у повній сім'ї, 27,4% – неповній, 3,6% були сиротами. Переважна більшість обстежених – 63,9% – мали середню освіту; вищу освіту мали 29,4%, незакінчену середню – 6,7%. 67,5% хворих жінок були містянками, 32,5% проживали у сільській місцевості. Інтелектуальною працею займалися 36,5% обстежених, фізичною працею – 30,6%; 17,1% були безробітними, 12,7% – домогосподарками, 3,2% – пенсіонерками. Майже половина обстежених – 49,2% свій рівень доходу вважали низьким, середнім – 43,7%, високим – 7,1%. 59,5% проживали у шлюбі, 29,0% були розлучені або вдовами, 11,5% знаходились у юридично неоформлених стосунках. З загальної кількості обстежених 30,2% мали шкідливу звичку у вигляді тютюнопаління, 2,4% – вживали алкоголь.

**Методи дослідження.** При виконанні роботи застосовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи дослідження. При психодіагностичному дослідженні були використані наступні методики: а) для оцінки варіативності і вираженості афективної і загальної психопатологічної симптоматики – шкали депресії і тривоги М. Гамільтона (за В.С. Підкоритовим, 2003) та опитувальник виразності психопатологічної

симптоматики SCL-90-R Л. Дерогатіс (за Н.В. Тарабріною, 2001); б) для вивчення персонологічних і поведінкових патернів застосовували Торонтську шкалу алекситимії (за А. В. Батаршевим, 2004); методику ТОБОЛ для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (Л.І. Вассерман та ін., 2005); методику вивчення ціннісних орієнтацій у модифікації О.Б. Фанталової, що виявляє дезінтеграцію у мотиваційно-особистісній сфері, ступінь невдоволення поточною життєвою ситуацією, внутрішню конфліктність, блокаду основних потреб, а також рівень самореалізації, інтегрованості та гармонії (Фанталова Е.Б., 2001); опитувальник «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus в адаптації Т.Л. Крюкової (2007); в) для ідентифікації особливостей психосоціальної сфери використовували методику оцінки соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд (Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г. М., 2002); шкалу сприйняття соціальної підтримки MSPSS Д. Зімета в адаптації В.М. Ялтонського, Н.О. Сироти (за Б.Д. Карвасарським, 2004); опитувальник якості життя Н. Mezzich (за Н.О. Марутою, 2004); опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдеміллера і В. Юстицькіса (за Н.І. Оліфірович, 2006).

Статистико-математична обробка даних дослідження здійснювалася за допомогою сучасних методів параметричного і непараметричного статистико-математичного аналізу. Статистичному аналізу кількісних ознак передувало дослідження характеру розподілу, що проводилося з використанням тестів Колмогорова-Смирнова, Ліллієфорса та Шапіро-Уїлка. У разі розходжень у даних тестів, референтним вважався тест Шапіро-Уїлка. Аналіз розбіжностей кількісних ознак з нормальним або наближеним до нормального розподілом проводився з використанням параметричного  $t$ -критерію Стьюдента, включаючи обчислення  $t$ -критерію Стьюдента з роздільними оцінками дисперсій та обчислення критерію Левена для виключення фактору нерівності дисперсій розподілу ознак. Аналіз розбіжностей у показниках з відмінним від нормального характером розподілу проводився за допомогою непараметричного теста Манна-Уїтні. Аналіз розбіжностей категоризованих ознак у чотирипільних таблицях здійснювався за допомогою точного критерію Фішера (одно- та двостороннього). У таблицях співв'язності міжгруповий аналіз розбіжностей ознак проводився за допомогою критерію  $\chi^2$  Пірсона, а у разі малої кількості спостережень в окремих групах для покращення апроксимації статистики  $\chi^2$  та усунення випадкових впливів застосовувалася поправка Йетса. Аналіз міри співв'язності ознак проводився за допомогою непараметричного методу рангової кореляції Спірмена.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На початку роботи було створено і верифіковано психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури ПД у різних сферах, яка дозволяє виокремити та оцінити стан її ключових компонентів. В якості прототипу було обрано 4-х бальну анкету для визначення трудової, міжособистісної та особистісної дезадаптації, розроблену Н.К. Ліпгарт (1982) та анкету вивчення структури психосоціальної дезадаптації у жінок, які страждають на невротичні розлади, запропоновану Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим (2018). Методика охоплює три основних кластери

психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації); та мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації). Кількісна оцінка вираженості психосоціальної дезадаптації за кожною сферою визначається амплітудою показників від відсутності дезадаптації, через легку і помірну, до дезадаптації вираженого ступеню (табл. 1).

Таблиця 1

### Шкала для комплексної оцінки ступеню ПД у різних сферах

**Інструкція.** Будь ласка, уважно прочитайте твердження, наведені нижче, і зробіть позначку (обведіть, закресліть, підкресліть) у колонці з варіантом відповіді (абсолютно не згоден(на); скоріше не згоден(на); і так і ні, скоріше згоден(на), абсолютно згоден(на)), який підходить Вам якнайбільше.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей				
		Абсолютно не згоден(на)	Скоріше не згоден(на)	І так, і ні	Скоріше згоден(на)	Абсолютно згоден(на)
1	2	3	4	5	6	7
<b>Соціально-економічна адаптація</b>						
1.	Мені не вистачає грошей на поточні потреби	1	2	3	4	5
2.	Я заробляю значно менше, ніж міг(могла) би	1	2	3	4	5
3.	Я постійно турбуюся про гроші	1	2	3	4	5
4.	За останній рік моя робота (бізнес) стала менш прибутковою	1	2	3	4	5
5.	Я втратив(ла) кар'єрні перспективи	1	2	3	4	5
6.	Мені доводиться шукати додатковий заробіток	1	2	3	4	5
7.	Я не можу дозволити собі заощаджувати	1	2	3	4	5
8.	Мені доводиться позичати гроші (жити в кредит)	1	2	3	4	5
9.	Коли я думаю про гроші, я почуваюся нещасним(ою)	1	2	3	4	5
10.	Я не очікую покращення свого матеріального стану	1	2	3	4	5
<b>Соціально-інформаційна адаптація</b>						
1.	Інформація, яку я отримую, викликає у мене переважно негативні емоції	1	2	3	4	5
2.	Я не довіряю інформації, яку одержую від ЗМІ та сторонніх людей	1	2	3	4	5
3.	Я намагаюся не дивитися інформаційні програми і не відвідувати інформаційні сайти	1	2	3	4	5
4.	Я ретельно відбираю інформацію для себе (дивлюся лише певні телеканали, відвідую лише окремі сайти, читаю тільки певні видання і т.п.)	1	2	3	4	5

Продовження табл.1

1	2	3	4	5	6	7
5.	Після перегляду телевізора я відчуваю сум або тривогу	1	2	3	4	5
6.	Вважаю, що у ЗМІ надто багато негативної інформації	1	2	3	4	5
7.	Мені доводилося конфліктувати з моїми родичами або близькими через зміст телевізійних програм, Інтернет-контенту і т.п.	1	2	3	4	5
8.	Я відчуваю брак необхідної мені інформації	1	2	3	4	5
9.	Нова інформація погіршує мою працездатність	1	2	3	4	5
10.	Я надто емоційно реауюю на нову інформацію	1	2	3	4	5
<b>Соціально-професійна адаптація</b>						
1.	Я часто конфліктую з колегами або партнерами по бізнесу	1	2	3	4	5
2.	Мені не подобається моя робота	1	2	3	4	5
3.	Службові конфлікти заважають моїй кар'єрі	1	2	3	4	5
4.	Я не бачу сенсу розвивати свої професійні навички	1	2	3	4	5
5.	Мені не пощастило з колективом	1	2	3	4	5
6.	Я відчуваю, що моя робота не потрібна	1	2	3	4	5
7.	Якби я міг(могла) б, я б обрав(ла) іншу професію	1	2	3	4	5
8.	Після робочого дня я почуваюся роздратованим(ою) або сумним(ою)	1	2	3	4	5
9.	Я не можу покластися на своїх колег (партнерів по бізнесу)	1	2	3	4	5
10.	Я йду на роботу з неприємним почуттям	1	2	3	4	5
<b>Міжособистісна адаптація</b>						
1.	У мене немає друзів	1	2	3	4	5
2.	Часто я відчуваю, що мені ні з ким поділитися горем або радістю	1	2	3	4	5
3.	Мене ніхто не розуміє	1	2	3	4	5
4.	У стосунках зі мною оточуючих цікавить лише власна вигода	1	2	3	4	5
5.	Я почуваюся самотнім(ьою)	1	2	3	4	5
6.	Моя доля нікого не цікавить	1	2	3	4	5
7.	Я вважаю коло свого спілкування обмеженим	1	2	3	4	5
8.	Я помічаю, що люди уникають мене	1	2	3	4	5
9.	Оточуючі часто дорікають мені, що я важка людина	1	2	3	4	5
10.	Я часто сварюся з близькими людьми	1	2	3	4	5
<b>Сімейна адаптація</b>						
1.	Я не задоволений(а) своїм сімейним життям	1	2	3	4	5
2.	Коли я спілкуюся з членами моєї сім'ї, у мене псується настрій	1	2	3	4	5
3.	Я намагаюся менше спілкуватися з членами своєї сім'ї	1	2	3	4	5
4.	Моя сім'я мене не розуміє	1	2	3	4	5
5.	Я дивлюся на інші сім'ї із заздрістю	1	2	3	4	5
6.	Часто мені не хочеться вертатися додому	1	2	3	4	5
7.	Я соромлюся розповідати про своє сімейне життя	1	2	3	4	5
8.	У нашій сім'ї забагато конфліктів	1	2	3	4	5
9.	Моє сімейне життя гірше, ніж у моїх знайомих	1	2	3	4	5
10.	Я хотів(ла) б піти з моєї сім'ї	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	6	7
<b>Виконання батьківських функцій (батьківська адаптація)</b>						
1.	Я обмежую ініціативу своїх дітей	1	2	3	4	5
2.	Я приділяю недостатньо уваги своїм дітям	1	2	3	4	5
3.	Я часто виливаю на своїх дітей негативні емоції	1	2	3	4	5
4.	Я думаю, що мої діти втратили щось важливе через мене	1	2	3	4	5
5.	Мої діти стороняться або соромляться мене	1	2	3	4	5
6.	Після спілкування зі своїми дітьми я почуваю провини	1	2	3	4	5
7.	Мої діти часто стають свідками або учасниками сімейних конфліктів	1	2	3	4	5
8.	Я пропускаю важливі події у житті моїх дітей	1	2	3	4	5
9.	Я намагаюся менше спілкуватися зі своїми дітьми	1	2	3	4	5
10.	Я не розумію свою дитину	1	2	3	4	5

Під *соціально-економічною дезадаптацією* ми розуміли порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом майнових, економічних та фінансових чинників. Під *інформаційно-соціальною дезадаптацією* розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом інформаційних чинників. 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.

Крім оцінки за кожною зі сфер, проводилося обрахування інтегрального показника макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації, який визначався як сума показників за відповідними сферами, а також інтегрального показника психосоціальної дезадаптації, що визначався як сума показників за всіма сферами психосоціального функціонування.

Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація). Оцінку за кожним з питань пропонується проводити за п'ятибальною шкалою. Така шкала проста в оцінці, інтуїтивно зрозуміла обстежуваному незалежно від рівня інтелекту та освіти, достатньо варіативна і охоплює весь спектр можливих варіантів ставлення до питання. Варіанти відповідей на кожне питання: абсолютно не згоден – 1 бал; скоріше не згоден – 2 бали; і так, і ні – 3 бали; скоріше згоден – 4 бали; абсолютно згоден – 5 балів.

Показник (за окремою сферою психосоціального функціонування) менше 19 балів трактувався нами як відсутність ознак дезадаптації даної сфери. Відповідно, інтегральний показник за видом дезадаптації (макро-, мезо-,

мікросоціальна) менше 38 балів, свідчив про її відсутність. Якщо респондентка мала показник більше 20 балів хоча б за одною з психосоціальних сфер життєдіяльності, це було свідомством наявності дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20-29 балів розцінювався як ознаки ПД легкого ступеню, показник у межах 30-39 балів – як ознаки дезадаптації помірною ступеню, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеню.

При аналізі особливостей ПД в залежності від генезу ДР була виявлена чітка закономірність: важкість ПД була найменшою при психогенному характері депресії, більш важкою при ендогенному та найважчою – при органічному її генезі. Показники ПД були вищими і при відсутності клінічно окреслених ознак дезадаптації (табл. 2), і в групі обстежених з наявністю ПД (табл. 3).

Таблиця 2

**Середні показники вираженості проявів ПД за запропонованою шкалою у жінок, хворих на ДР, у яких були відсутні окреслені ознаки ПД**

Сфери психосоціальної дезадаптації	Середні показники, M±m (бали)			p 2-3	p 2-4	p 3-4
	психогенна	ендогенна	органічна			
Соціально-економічна дезадаптація	11,53±1,61	12,93±1,67	16,50±1,65	<0,05	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,47±1,65	12,87±1,77	16,36±1,60	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник макросоціальної дезадаптації	23,00±3,18	25,80±3,36	32,86±3,13	<0,05	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	11,16±1,57	12,20±1,61	15,86±1,75	<0,05	<0,01	<0,01
Міжособистісна дезадаптація	11,11±1,37	12,53±1,77	16,21±1,85	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мезосоціальної дезадаптації	22,26±2,88	24,73±3,35	32,07±3,29	<0,05	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,74±2,26	14,93±1,39	17,43±0,94	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	12,00±2,38	14,13±2,61	17,50±1,16	<0,05	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мікросоціальної дезадаптації	24,74±4,46	29,07±3,81	34,93±1,86	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник психосоціальної дезадаптації	70,00±10,37	79,60±10,29	99,86±7,99	<0,05	<0,01	<0,01

**Середні показники вираженості проявів ПД за запропонованою шкалою у жінок, хворих на ДР, у яких діагностована виражена ПД**

Сфери психосоціальної дезадаптації	Середні показники, $M \pm m$ (бали)			р 2-3	р 2-4	р 3-4
	психогенна	ендогенна	органічна			
Соціально-економічна дезадаптація	28,23±7,28	35,13±7,16	38,84±7,58	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	28,15±7,20	34,96±7,20	38,79±7,60	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник макросоціальної дезадаптації	56,37±14,46	70,09±14,35	77,62±15,16	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	25,43±5,29	30,59±5,97	32,85±6,19	<0,01	<0,01	<0,01
Міжособистісна дезадаптація	26,84±6,22	32,47±6,66	35,51±6,84	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мезосоціальної дезадаптації	52,27±11,48	63,06±12,58	68,36±12,95	<0,01	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	32,25±7,77	39,69±6,41	42,52±6,17	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	30,96±7,69	37,72±6,42	41,08±6,29	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник мікросоціальної дезадаптації	63,21±15,41	77,41±12,75	83,61±12,38	<0,01	<0,01	<0,01
Інтегральний показник психосоціальної дезадаптації	171,85±41,03	210,56±39,24	229,59±39,99	<0,01	<0,01	<0,01

Для верифікації запропонованої шкали ПД, було здійснено порівняльний аналіз показників за окремими шкалами та інтегральними кластерами у хворих на ДР різного генезу з ознаками та відсутністю ознак дезадаптації, з ГП. Порівняння показників у ГП з показниками групи хворих на ДР дозволило встановити значуще вищі показники ПД у хворих на ДР за всіма окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали (табл. 4, рис. 2, 3).



**Середні показники за окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР**

Показник	ГП	Хворі на ДР	p
Соціально-економічна дезадаптація	11,41±1,46	29,84±11,13	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,37±1,47	29,74±11,12	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	22,78±2,84	59,58±22,24	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	10,98±1,22	26,22±8,85	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	11,04±1,28	27,83±9,90	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	22,02±2,46	54,05±18,72	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,67±1,92	33,42±11,69	<0,01
Батьківська дезадаптація	11,78±2,15	32,06±11,36	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	24,45±3,79	65,48±23,01	<0,01
Сумарний показник ПД	69,25±8,89	179,10±63,66	<0,01

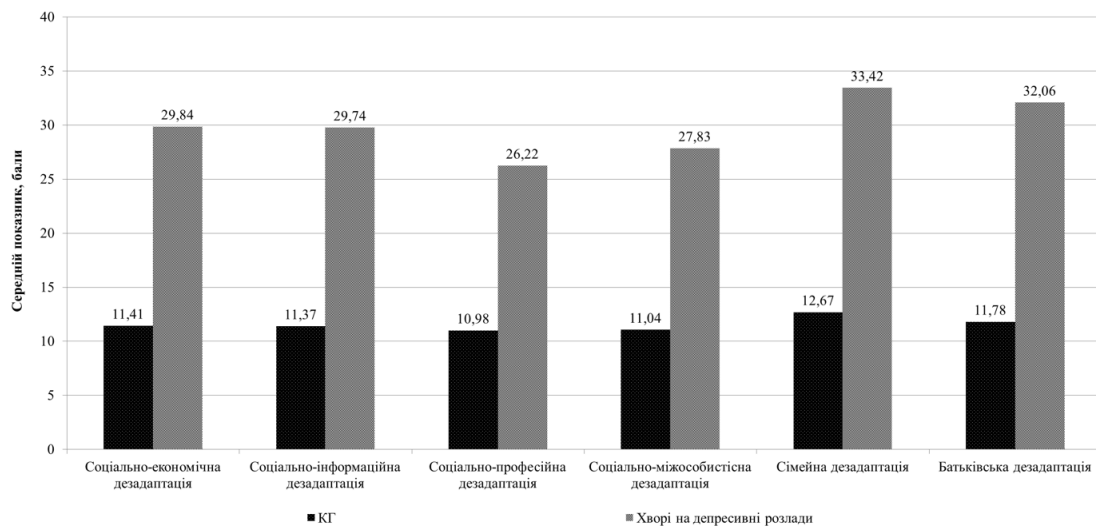


Рис. 2. Середні показники за окремими сферами шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР

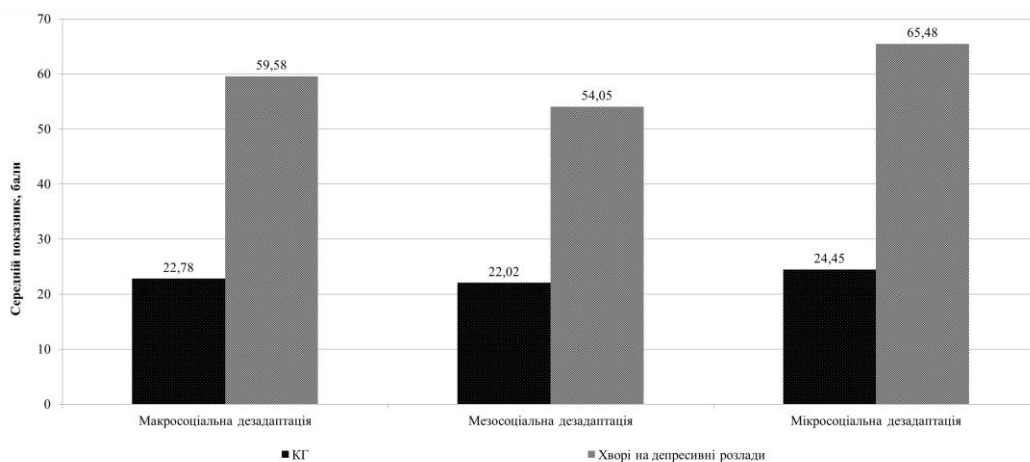


Рис. 3. Середні показники за інтегральними кластерами шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР

Також було проведено співставлення показників за запропонованою шкалою ПД у психічно здорових осіб та хворих на ДР з ознаками ПД та з відсутністю таких ознак (табл. 5, рис. 4 і 5).

Таблиця 5

**Середні показники за окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР з наявністю та відсутністю ознак ПД**

Показник	ГП	Хворі на ДР		Рівень статистичної значущості розбіжностей	
		без ПД	з ПД	ГП vs Г1	ГП vs Г2
Соціально-економічна дезадаптація	11,41±1,46	13,42±2,63	33,70±8,54	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	11,37±1,47	13,33±2,62	33,60±8,53	<0,01	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	22,78±2,84	26,75±5,20	67,30±17,05	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	10,98±1,22	12,85±2,56	29,37±6,57	<0,01	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	11,04±1,28	13,04±2,68	31,31±7,46	<0,01	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	22,02±2,46	25,90±5,16	60,68±13,99	<0,01	<0,01
Сімейна дезадаптація	12,67±1,92	14,79±2,56	37,80±8,13	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	11,78±2,15	14,27±3,13	36,24±8,06	<0,01	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	24,45±3,79	29,06±5,54	74,04±16,13	<0,01	<0,01
Сумарний показник	69,25±8,89	81,71±15,66	202,02±46,73	<0,01	<0,01

Отже, у хворих на ДР, незалежно від вираженості ознак ПД, її показники за окремими шкалами та інтегральними кластерами були значуще більшими, ніж у здорових осіб. Водночас, показники у хворих без ознак ПД були суттєво ближчими до показників психічно здорових осіб, ніж до показників хворих з ознаками дезадаптації.

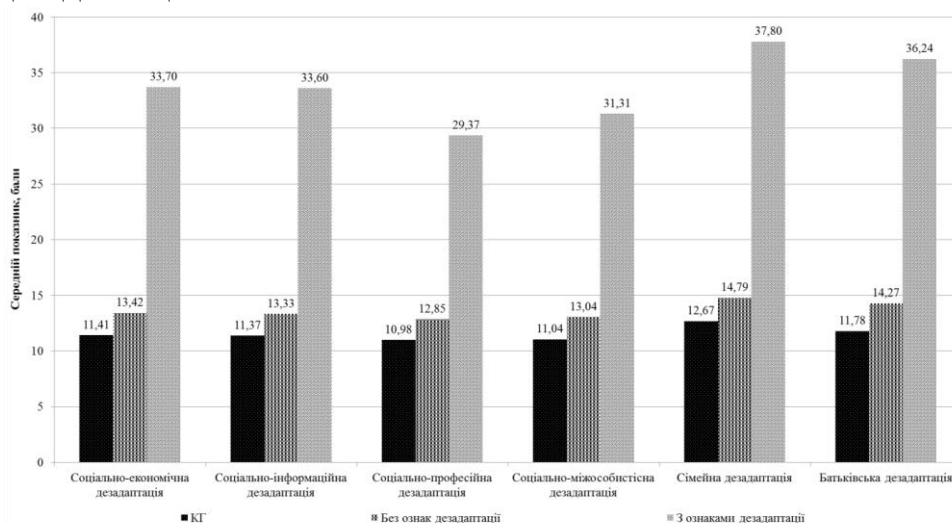


Рис. 4. Середні показники за окремими сферами шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР з різною вираженістю ПД

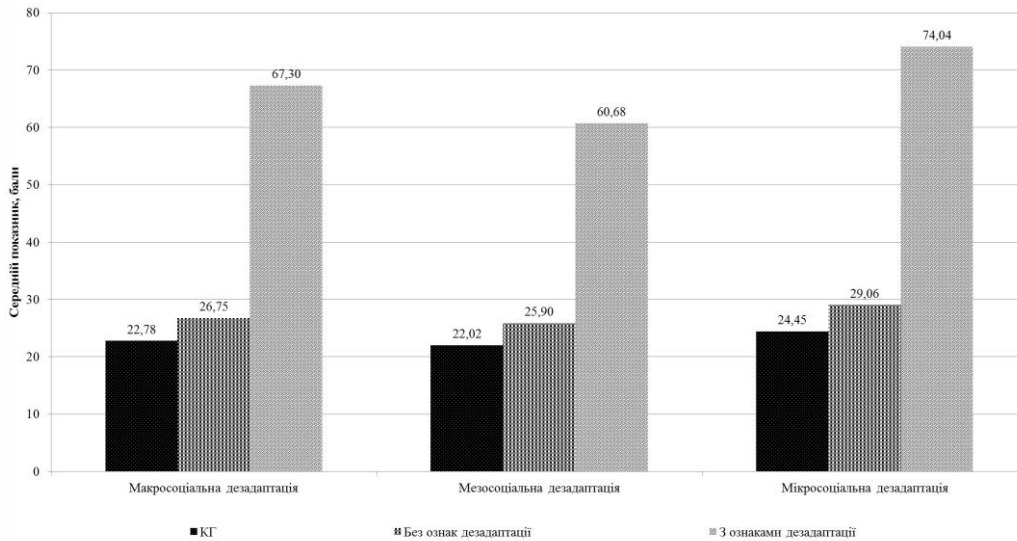


Рис. 5. Середні показники за інтегральними кластерами шкали ПД у здорових обстежених (ГП) та хворих на ДР з різною вираженістю ПД

Також було проведено порівняльний аналіз показників за запропонованою шкалою ПД у психічно здорових осіб та у хворих на ДР з урахуванням генезу депресії (табл. 6). Показники за всіма окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали у психічно здорових жінок були меншими, ніж у хворих з психогенним, ендогенним та органічним характером ДР; при цьому найменші відмінності виявлені з хворими на психогенні депресії без ознак ПД ( $p > 0,05$ ), більші, значущі відмінності виявлені при порівнянні з групами хворих без ознак ПД з ендогенним та психогенним характером депресії, а найбільші – з групами хворих з ознаками ПД з психогенним, ендогенним та органічним генезом депресії.

Таким чином, проведена верифікація запропонованої нами шкали ПД засвідчила можливість використання її для диференціації ступеню ПД за окремими сферами та інтегральними кластерами психосоціального функціонування.

Отже, на основі отриманих результатів можна стверджувати, що при аналізі особливостей ПД в залежності від генезу депресивного розладу була виявлена чітка закономірність: важкість її за всіма 6 сферами була найменшою при психогенному характері депресії, більш важкою при ендогенному та найважчою – при органічному її генезі. При цьому фактор генезу справляв найбільший вплив на характеристики депресії при відсутності окреслених ознак дезадаптації та легкому її ступені. Зі збільшенням важкості ПД вплив генезу на вираженість депресії зменшувався, і при важкій дезадаптації був найменшим. Тривога меншою мірою залежала від генезу депресії, і більшою мірою визначалася ступенем ПД.



Також було встановлено загальну тенденцію до зростання кількісних показників вираженості депресивних і тривожних проявів, а саме, показників вираженості адинамічних, ажитованих, недиференційованих форм депресії та депресії зі страхом, а також загального показника тривоги і показників психічної та соматичної тривоги, по мірі збільшення ступеню ПД, яка зберігалася для всіх сфер: соціально-економічної, соціально-інформаційної, соціально-професійної, міжособистісної, сімейної та батьківської. Найбільш тісно афективна симптоматика була асоційована з сімейною та батьківською дезадаптацією, найменше – з соціально-професійною та соціально-інформаційною дезадаптацією.

Дослідження співвідношень варіативності та інтенсивності проявів загальної психопатологічної симптоматики і ПД в різних сферах, дозволило стверджувати, що переважна більшість жінок з депресивними розладами будь-якого генезу мали ознаки майже усіх видів ПД різного ступеню вираженості. Клінічна варіативність загальної психопатологічної симптоматики у жінок з ДР, в цілому, не мала генезоспецифічності, проте, відрізнялася у хворих з наявністю або відсутністю проявів будь-якого виду ПД. Важкість й інтенсивність психопатологічної симптоматики при депресії була прямо асоційована зі ступенем ПД та мала різницю у осіб з різним генезом ДР. Зазначимо, що питання первинності / вторинності обох феноменів є дискусійним, проте, беззаперечно, наявність у хворої обох з них, мало взаємопотенціюючий та взаємноіндукуючий вплив на подальший розвиток й прогредієнтність як ДР, так і ПД.

Дослідження алекситимії, як «патерну зміни когнітивно-емоційного обмеження», яку розглядають як один з чинників, що має вплив на перебіг і прогредієнтність не тільки психосоматичної, а й афективної патології, довело наявність значущих відмінностей, асоційованих як з проявами ПД, так і генезом ДР. Хворі з ознаками дезадаптації продемонстрували вищий рівень алекситимії, як за її окремими складовими, так і за загальною вираженістю. При цьому алекситимічні прояви були найбільш вираженими у хворих на органічну депресію, дещо меншими – у хворих на ендогенну депресію, і найменшими – у хворих на психогенну депресію.

У хворих без окреслених ознак дезадаптації чистий варіант ВКХ зустрічався при депресії психогенного генезу у 74% випадках, при ендогенній і органічній депресії чистий тип був виявлений приблизно у третини обстежених (33,3% і 35,7% відповідно). У хворих з ознаками дезадаптації структура варіантів ВКХ відрізнялася: чистий варіант ВКХ незначно частіше був виявлений у хворих на органічну депресію (49,2%) у порівнянні з психогенною (41,3%) і ендогенною (38,2%). Найбільш поширеним серед хворих з відсутністю ознак дезадаптації виявився неврастенічний тип ВКХ, хоча у 10,5% жінок з психогенною депресією був виявлений гармонійний тип ВКХ. На відміну від них, у хворих з ознаками дезадаптації найбільш поширеними були тривожний, іпохондричний і неврастенічний типи. За умови

відсутності ознак дезадаптації у структурі додаткових типів ВКХ при змішаному варіанті домінував тривожний тип, а за наявності дезадаптації – іпохондричний і неврастенічний типи. У структурі додаткових типів ВКХ при дифузному варіанті у хворих без ознак ПД переважали тривожний і дисфоричний типи, у дезадаптованих хворих – тривожний і меланхолійний типи.

Були виявлені важливі закономірності трансформацій ціннісно-мотиваційної сфери жінок, хворих на ДР, залежно від вираженості макро-, мезо- та мікросоціальної ПД. Загальною тенденцією виявлено збільшення абсолютного показника дисоціації по мірі зростання ознак ПД в усіх сферах життєдіяльності, для сфер здоров'я, активної життєдіяльності, матеріально забезпеченого життя, свободи як незалежності у вчинках і діях та творчості. Найбільшу дисоціацію за типом внутрішнього конфлікту (цінне, але недоступне) виявлено за сферами здоров'я, щасливого сімейного життя та матеріально забезпеченого життя. Ця тенденція виявилась універсальною і реалізувалася при всіх типах ПД: макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної, особливо яскраво проявляючись при помірній і важкій ПД.

У жінок, хворих на ДР, копінговий репертуар був деформованим, проте, якісні характеристики цієї деформації залежали від наявності/відсутності ознак ПД та, частково, – від генезу захворювання. Серед жінок з ознаками дезадаптації, незалежно від генезу депресії, провідним був копінг-механізм втечі-уникнення, який набував характеру загального зниження активності внаслідок депресивної загальмованості і сповільненості ментальних процесів, прагнення уникати всього, що може посилити депресивні переживання; ці тенденції посилювалися від психогенної депресії через ендогенну до органічної.

В ході роботи було підтверджено тезу щодо асоційованості вираженості проявів соціально-психологічної дезадаптації як структурного компонента депресії, залежно від вразливості до макро-, мезо- і мікросоціальних стрес-індукуєчих чинників, при будь-якому генезі ДР. Встановлено наявність тенденції до збільшення ознак дезадаптивності, неприйняття себе, неприйняття інших, емоційного дискомфорту, зовнішнього контролю, та ведомості, і зменшення ознак адаптивності, правдивості, прийняття себе, прийняття інших, емоційного комфорту, внутрішнього контролю, домінування зі зростанням рівня будь-якого типу ПД. Найбільш вираженими відмінностями у показниках соціально-психологічної дезадаптації виявлені при мікросоціальній ПД.

У жінок з ДР встановлено закономірність щодо погіршення ЯЖ за всіма сферами при зростанні тяжкості ПД в усіх сферах життєдіяльності. Найбільше ці закономірності проявлялися при макросоціальній дезадаптації, а найменше – при мікросоціальній дезадаптації. В результаті дослідження було встановлено, що вирішальну роль у погіршенні ЯЖ у жінок, хворих на ДР, відіграє наявність ПД, а генез ДР, хоча й справляє вплив на якість життя, має,

порівняно з цим, другорядний характер. В цілому найвищі показники ЯЖ були притаманні хворим на психогенну депресію, а найнижчі – на органічну.

Показники стану соціальної підтримки та сімейної тривоги, як і показники благополуччя сімейного функціонування, у жінок з ДР різного генезу, виявили очевидну асоційованість не з етіологічним фактором хвороби, а з наявністю у хворих ПД. За умови наявності ознак ПД, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів. З одного боку, це свідчило про визначальну роль фактору дезадаптації у формуванні порушень сімейного функціонування та браку соціальної підтримки, тоді як етіологія депресії при цьому мала другорядне значення. З іншого боку, наявність ПД може виступати як предиктором погіршення стану даних показників, так і її наслідком. У будь-якому випадку, дезінтегруюча роль ПД як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнток, не викликає сумніву.

Узагальнення результатів вивчення взаємовпливів депресії і ПД (табл. 7) дозволило стверджувати, що фактор її наявності і вираженості мав більший вплив на клініко-психопатологічну специфіку депресії та особистісні характеристики хворих, ніж генез ДР.

На основі узагальнення отриманих результатів, нами було запропоновано нову технологію у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню макросоціальної (рис. 6), мезосоціальної (рис. 7) і мікросоціальної (рис. 8) ПД на підставі аналізу показників *вираженості розладів депресивного* (сума показників за шкалою депресії М. Hamilton та шкалою депресії Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою М. Hamilton), *тривожного* (сума показників за шкалою тривоги М. Hamilton та шкалою тривожності Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою М. Hamilton) і *обсесивно-фобічного* (сума показників за шкалами обсесивно-компульсивних розладів та фобічної тривожності Derogatis, помножених на 10 для забезпечення спільномірності з даними інших шкал) *спектрів* – проста у використанні і придатна для застосування в практиці охорони здоров'я для проведення скринінгових досліджень з метою раннього виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації.

## Узагальнення результатів вивчення взаємовпливів ДР і ПД

Показник	Генез ДР			Наявність ПД	
	ПсД	ЕД	ОД	ПД+	ПД-
Клінічна варіативність ДР	відсутність специфічності			відсутність специфічності	
Вираженість ДР	наявність генезоспецифічності			значуще вища	менша
	+	++	+++	!!/!!!	!
Алекситимія	висока			висока, значуще вища	підвищена, значуще менша
	висока	висока+	найбільша		
Внутрішня картина хвороби	переважно дезадаптивна			дезадаптивна	відносно дезадаптивна
Ціннісно-мотиваційна сфера	дисоціація з внутрішнім конфліктом і вакуумом			висока дисоціація з внутрішнім конфліктом	ознаки дисоціації з внутрішнім конфліктом
	+++	++	+		
Копінговий репертуар	деформований			деформований	відносно конструктивний, деформований
	+	++	+++		
Соціально-психологічна дезадаптація	наявна			виражена	тенденція
	+	++	+++		
Соціальна підтримка	знижена / низька			низька	знижена
Сімейна тривога	підвищена / висока			висока	підвищена
Якість життя	знижена / низька			низька	знижена
	фізична, психічна сфери + соціальна +++	фізична, психічна сфера ++ соціальна ++	фізична, психічна сфера +++ соціальна +		





Рис. 6. Діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і obsесивно-фобічного спектрів при різних ступенях МакПД

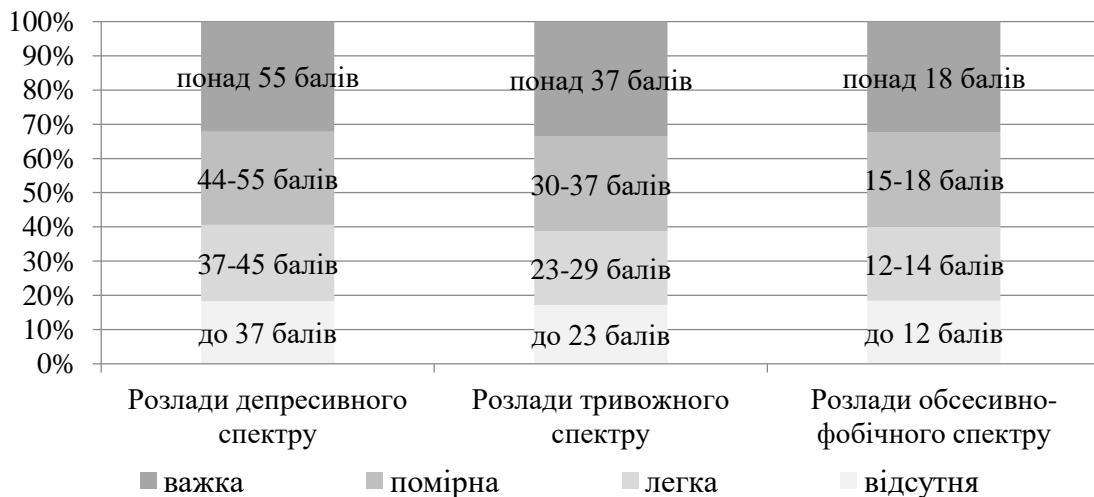


Рис. 7. Діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і obsесивно-фобічного спектрів при різних ступенях МезПД

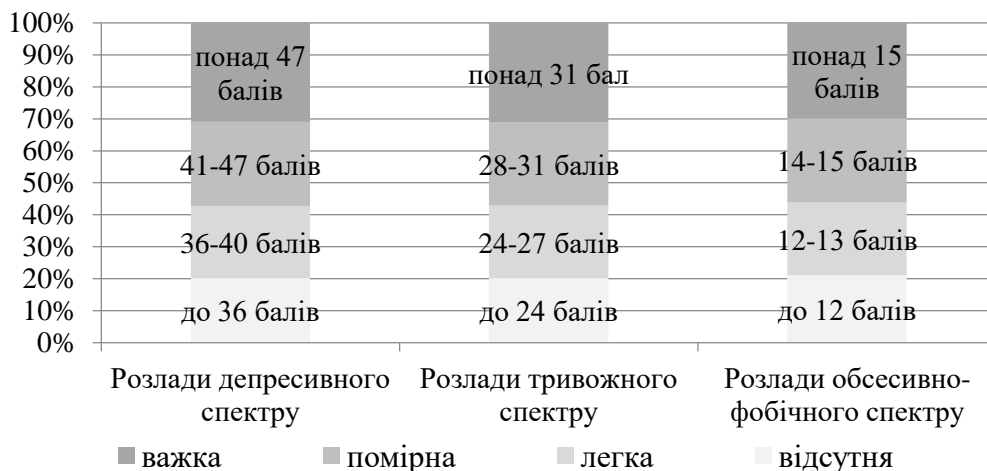


Рис. 8. Діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і obsесивно-фобічного спектрів при різних ступенях МікПД

Спираючись на визначення особливостей взаємообумовленого формування і прогресивності ПД та ДР у жінок, з урахуванням генезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу, обґрунтовано й розроблено систему персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР (рис. 9).

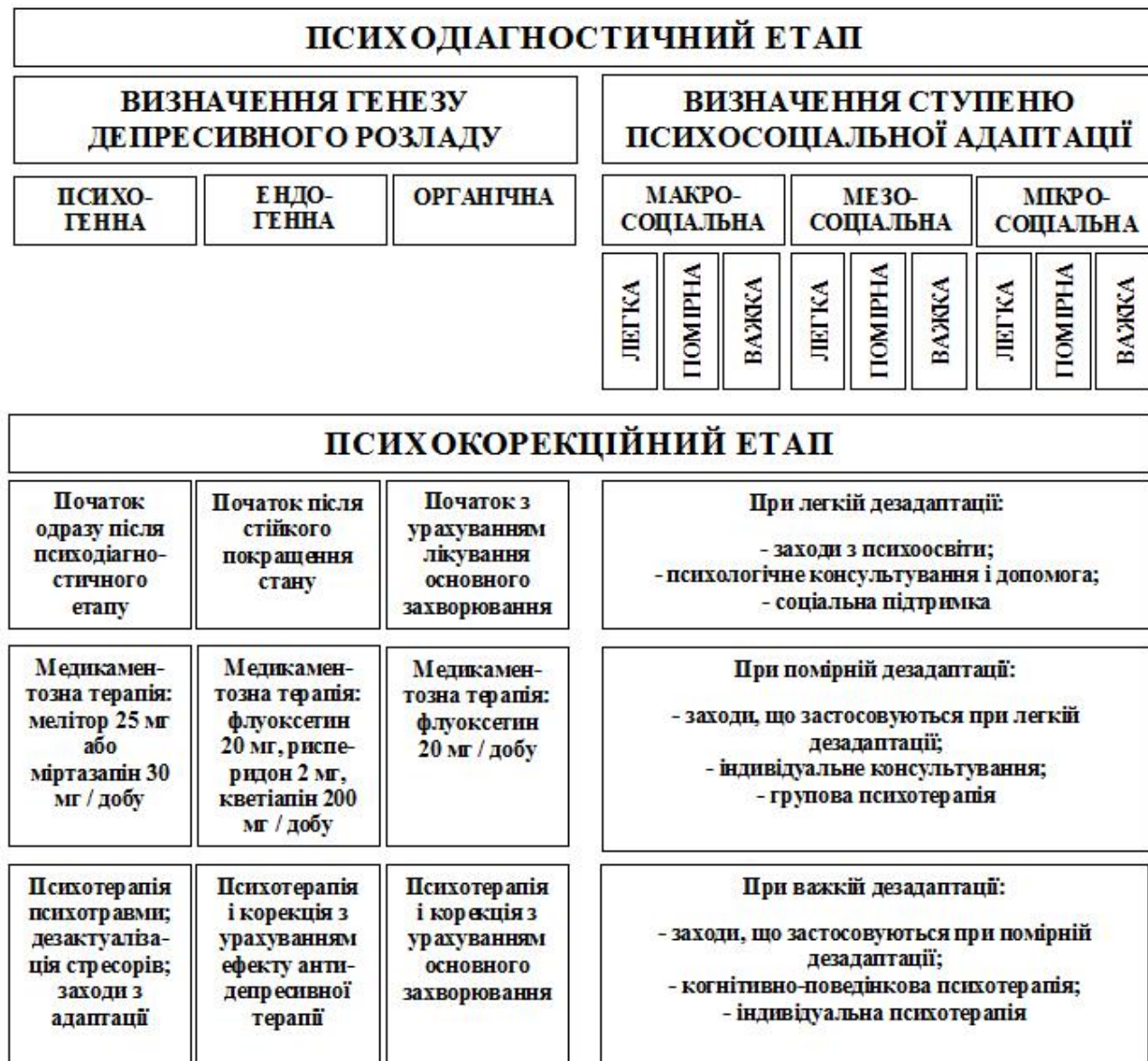


Рис. 9. Узагальнена схема системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР

Запропонована система складається з двох етапів – психодіагностичного і психокорекційного, кожен з яких структурується на діагностичні і корекційні заходи в залежності від сфери, в якій виявлено ПД, та від ступеню дезадаптації у кожній зі сфер. Структура етапів стандартизована, що робить запропоновану систему придатною до використання на первинному етапі надання медичної допомоги, а зміст заходів індивідуалізований, що забезпечує максимальну адресність і дієвість психокорекційних заходів. Для кожного з рівнів дезадаптації залежно від провідної субсфери запропоновано персоніфікований перелік

заходів, причому при потяжченні інтенсивності дезадаптації, до рекомендованих попередніх, приєднуються нові психокорекційні технології і підходи. З урахуванням симптоматики та генезу депресії, обов'язковим елементом є призначення медикаментозної терапії. Базовими психокорекційними і реабілітаційними технологіями виступають психоосвіта, групова, когнітивно-поведінкова, сімейна психотерапія, тренінги формування навичок адекватної комунікації і соціального функціонування, заходи психологічної реадaptaції.

На першому (психодіагностичному) етапі проводиться оцінка стану ПД і визначається ступінь дезадаптації за кожною сферою і субсферою окремо: сфера макросоціальної дезадаптації включає субсфери соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації; сфера мезосоціальної дезадаптації включає субсфери соціально-професійної та соціально-міжособистісної дезадаптації; сфера мікросоціальної дезадаптації включає субсфери сімейної і батьківської дезадаптації.

Нами розроблені діагностичні стандарти для кожної з субсфер. Додатковою перевагою системи є уніфікована шкала рівнів для всіх субсфер, що суттєво спрощує використання системи на первинному етапі медичної допомоги і зменшує ймовірність помилок при інтерпретації показників. Так, для всіх субсфер встановлено наступні градації ознак дезадаптації: відсутність ознак дезадаптації: до 20 балів; ознаки легкої дезадаптації: 20 – 29 балів; ознаки помірної дезадаптації: 30 – 39 балів; ознаки важкої дезадаптації: 40 і більше балів. Група дезадаптації за сферою визначається за найвищими показниками серед субсфер, що входять до даної сфери.

На другому етапі визначається комплекс психокорекційних заходів, зумовлений станом ПД у кожній з субсфер. Нами запропонований наступний перелік заходів для кожного з рівнів дезадаптації у наступних субсферах:

1. При виявленні *макросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації* проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) навчання основам раціонального фінансового планування і оптимізації витрат;
- в) заходи з соціальної підтримки і допомоги.

2. При виявленні *макросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) заняття в групах психологічної підтримки;
- б) індивідуальне консультування і психологічна допомога.

3. При виявленні *макросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

4. При виявленні *макросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації* проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) навчання заходам «інформаційної гігієни»;
- в) опанування навичками критичного мислення.

5. При виявленні *макросоціальної дезадаптації помірною рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

а) заходи зі зменшення стресового інформаційного навантаження (нами рекомендовано застосовувати шестиетапну схему психологічної корекції, запропоновану А.Р. Марковим, М.В.Марковою, 2019);

б) групові заняття, спрямовані на навчання критичному мисленню і формуванню стійкості до негативних інформаційних впливів.

6. При виявленні *макросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);

б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

7. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації* проводяться:

а) заходи з психоосвіти;

б) консультування з питань професійної орієнтації та професійного навчання;

в) психологічне консультування щодо встановлення гармонійних психологічних відносин у трудовому колективі.

8. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації помірною рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

а) заходи з професійної реабілітації, навчання і перенавчання;

б) групові заняття, спрямовані на навчання комунікації та формування здорових відносин у професійному середовищі.

9. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);

б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

10. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації* проводяться:

а) заходи з психоосвіти;

б) психологічне консультування з питань міжособистісної взаємодії;

в) навчання навичкам міжособистісної комунікації.

11. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) групова психокорекція і психотерапія, спрямована на подолання проблем у комунікації;
- б) заходи з психосоціальної адаптації та реадаптації.

12. При виявленні *мезосоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

13. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері сімейної дезадаптації* проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) сімейне психологічне консультування;
- в) сімейна психотерапія, спрямована на гармонізацію сімейних відносин.

14. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері сімейної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) сімейна психотерапія, спрямована на усунення внутрішньосімейних конфліктів і формування адекватних сімейних відносин;
- б) групова психотерапія, спрямована на навчання ефективній комунікації в сімейному середовищі.

15. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері сімейної дезадаптації* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

16. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері материнської дисфункції* проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) заходи з нормалізації подружньої взаємодії;
- в) психокорекційні заходи, спрямовані на відновлення нормального психологічного статусу дитини.

17. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері материнської дисфункції* проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) сімейна психотерапія для відновлення подружньої взаємодії і усунення конфліктів;
- б) психотерапевтична робота з дитиною для усунення негативних наслідків материнської дисфункції.

18. При виявленні *мікросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері материнської дисфункції* проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

При розробці комплексної системи нами також враховувався генез ДР.

При ДР психогенного характеру заходи з психотерапевтичного і психокорекційного втручання розпочиналися одразу після психодіагностичного етапу. При цьому враховувався характер психотравми (втрата, сімейний або виробничий конфлікт, фінансові проблеми тощо). При виявленні психогенного характеру ДР під час клінічної бесіди визначалися актуальні стресори, їх поточний вплив на психічний стан пацієнтки, можливості дезактуалізації, коло осіб, які можуть сприяти пацієнтці в усуненні негативного впливу психотравмуючих факторів. З пацієнткою та її найближчим оточенням обговорювалися необхідні зміни у життєвому укладі, спілкуванні, зміні обстановки, які можуть сприяти дезактуалізації психотравмуючої ситуації. Після визначення характеру ПД за запропонованою нами схемою проводилося співставлення отриманих даних з інформацією про перенесену психотравму, і комплекс заходів з макро- мезо- та мікросоціальної адаптації обов'язково враховував ці патогенетичні співвідношення. При цьому в разі необхідності проводилася медикаментозна терапія, яка включала прийом мелітору в добовій дозі 25 мг або міртазапіну в добовій дозі 30 мг.

При ендогенному характері ДР на першому етапі проводилася антидепресивна терапія для досягнення клінічного покращення і створення передумов для ефективного психотерапевтичного і психокорекційного втручання. При визначенні змісту та обсягу антидепресивної терапії нами враховувалася важкість ДР, особливості клінічної феноменології (переважання вітальної, тривожної чи апатичної симптоматики, наявність безсоння тощо), особливості суїцидальної активності, лікувальний анамнез (ефективність або неефективність тих чи інших препаратів в минулому, наявність і вираженість побічних ефектів), наявність коморбідної і супутньої патології, комбінації антидепресантів з іншими психотропними та не психотропними препаратами у конкретної пацієнтки. Базова комбінація препаратів включала антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (наприклад, флуоксетин у добовій дозі 20 мг з атипівим нейролептиком (рисперидон у добовій дозі 2 мг). Позитивні результати були також отримані при призначенні кветіапіну у добовій дозі 200 мг. Після досягнення стійкого клінічного результату у вигляді зменшення інтенсивності депресивних переживань, покращення настрою, появи критики до ідей самозвинувачення та самоприниження, до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів додавалася психокорекція за запропонованою схемою. При цьому враховувався ефект антидепресивної медикаментозної терапії; заходи з психотерапії та психокорекції у цій групі хворих реалізувалися поступово, синхронно з

проявами антидепресивного ефекту препаратів і нівелюванням депресивної симптоматики, що дозволяло досягти максимального ефекту комплексної терапії.

При органічному характері ДР проводилося лікування основного захворювання, а також призначалася медикаментозна антидепресивна терапія, яка включала прийом антидепресанта з групи СІЗЗС (флуоксетин у добовій дозі 20 мг). Психотерапевтичні і психокорекційні заходи узгоджувалися з ефектом антидепресивної терапії, і враховували вплив основної патології та її наслідків (когнітивних порушень, розладів мислення, пам'яті тощо). Під час лікувально-реабілітаційних заходів здійснювався моніторинг динаміки ДР та основного захворювання, що спричинило депресію, а також корекція психотерапевтичних заходів та заходів з психосоціальної реабілітації відповідно до цієї динаміки.

Для проведення корекції нами були відібрані пацієнтки, які мали ознаки ПД у всіх сферах (макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної). З них було сформовано дві групи. До першої групи (чисельністю 103 пацієнток) увійшли хворі, які надали усвідомлену згоду на участь у програмі корекції (група корекції, ГК). Їм був проведений повний комплекс запропонованої корекційної програми за описаною вище схемою. До другої групи (чисельністю 101 пацієнтка) увійшли хворі, які отримували антидепресивне лікування за традиційною схемою і не приймали участі у програмі корекції (група порівняння, ГП). Групи були спільномірними за віковими, соціальними характеристиками, важкістю та генезом депресії. Порівняння показників проводилося до початку корекції і через 6 місяців після її початку.

Запропонована система персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР, виявилася ефективною щодо основних проявів депресії і тривоги ( $p < 0,01$ ), дозволила значуще покращити якість життя пацієнток ( $p < 0,01$ ), однак, найбільш суттєвий позитивний ефект запропонована система закономірно справила на стан психосоціальної адаптації хворих, причому позитивні зміни відбулися в усіх сферах – макросоціальної (рис. 10), мезосоціальної (рис. 11) та мікросоціальної (рис. 12) дезадаптації. Так, показник соціально-економічної дезадаптації у хворих ГП у процесі лікування зменшився з  $33,38 \pm 8,24$  балів до  $32,68 \pm 8,48$  балів, тоді як у ГК зменшення проявів ПД було значно суттєвішим: з  $34,02 \pm 8,85$  балів до  $24,02 \pm 8,85$  балів. Показник соціально-інформаційної дезадаптації у ГП зменшився з  $33,34 \pm 8,29$  балів до  $32,45 \pm 8,47$  балів, тоді як у ГК – з  $33,85 \pm 8,80$  балів до  $23,85 \pm 8,80$  балів. Загальний показник макросоціальної дезадаптації у ГП зменшився з  $66,71 \pm 16,51$  балів до  $65,13 \pm 16,88$  балів, а у ГК зменшення показника макросоціальної ПД було значно більш суттєвим: з  $67,87 \pm 17,63$  балів до  $47,87 \pm 17,63$  балів.

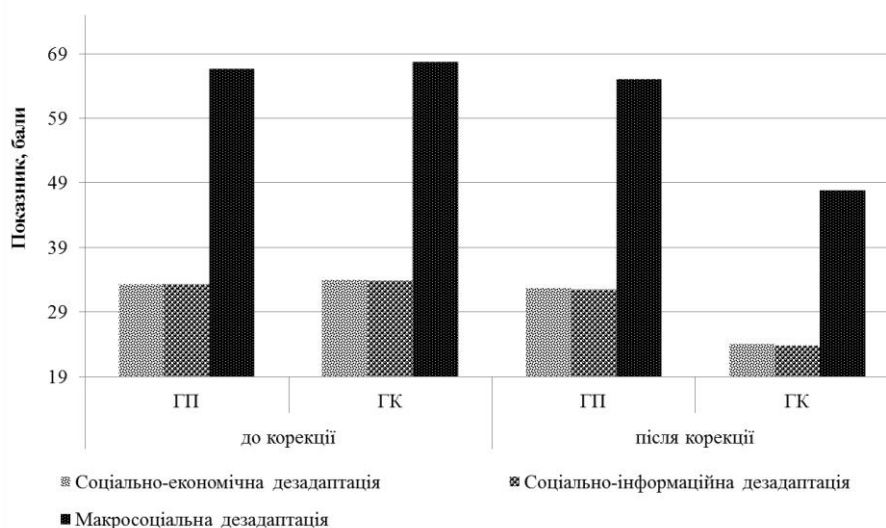


Рис. 10. Динаміка показників макросоціальної дезадаптації в процесі корекції

У сфері мезосоціальної дезадаптації запропонована система також продемонструвала суттєво кращі результати у порівнянні з традиційним лікуванням (рис. 11). Так, у ГП показник соціально-професійної дезадаптації у процесі лікування зменшився з  $29,00 \pm 6,07$  балів до  $27,94 \pm 6,54$  балів, тоді як у ГК – з  $29,73 \pm 7,04$  балів до  $19,73 \pm 7,04$  балів. Показник соціально-міжособистісної дезадаптації у ГП зменшився з  $30,87 \pm 7,00$  балів до  $29,53 \pm 7,81$  балів, а у ГК – з  $31,74 \pm 7,91$  балів до  $21,74 \pm 7,91$  балів. Загальний показник мезосоціальної дезадаптації у ГП зменшився з  $59,87 \pm 13,03$  балів до  $57,48 \pm 13,80$  балів, а у ГК дезадаптація зменшилася значно суттєвіше: з  $61,47 \pm 14,89$  балів до  $41,47 \pm 14,89$  балів.

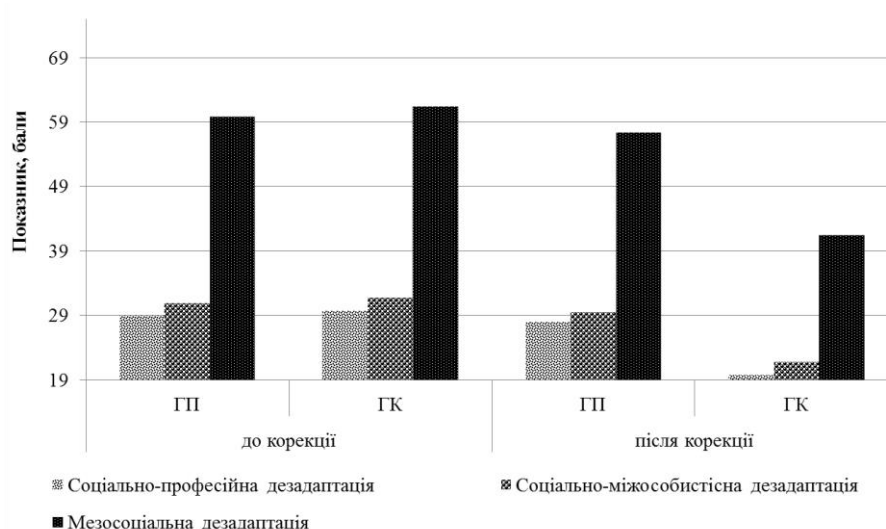


Рис. 11. Динаміка показників мезосоціальної дезадаптації в процесі корекції

Суттєві позитивні зміни під впливом запропонованої комплексної системи були досягнуті у сфері мікросоціальної дезадаптації (рис. 12). Так, показник сімейної дезадаптації у ГП зменшився з  $37,61 \pm 8,13$  балів до  $36,72 \pm 8,54$  балів, а у



ГК – з  $37,99 \pm 8,16$  балів до  $27,99 \pm 8,16$  балів. Показник батьківської дезадаптації у ГП зменшився з  $35,89 \pm 8,04$  балів до  $35,45 \pm 8,15$  балів, тоді як у ГК – з  $36,58 \pm 8,10$  балів до  $26,58 \pm 8,10$  балів. Загальний показник мікросоціальної дезадаптації у ГП в процесі лікування зменшився з  $73,50 \pm 16,11$  балів до  $72,17 \pm 16,59$  балів, а у ГК зменшення проявів мікросоціальної дезадаптації було значно більш суттєвим: з  $74,57 \pm 16,20$  балів до  $54,57 \pm 16,20$  балів.

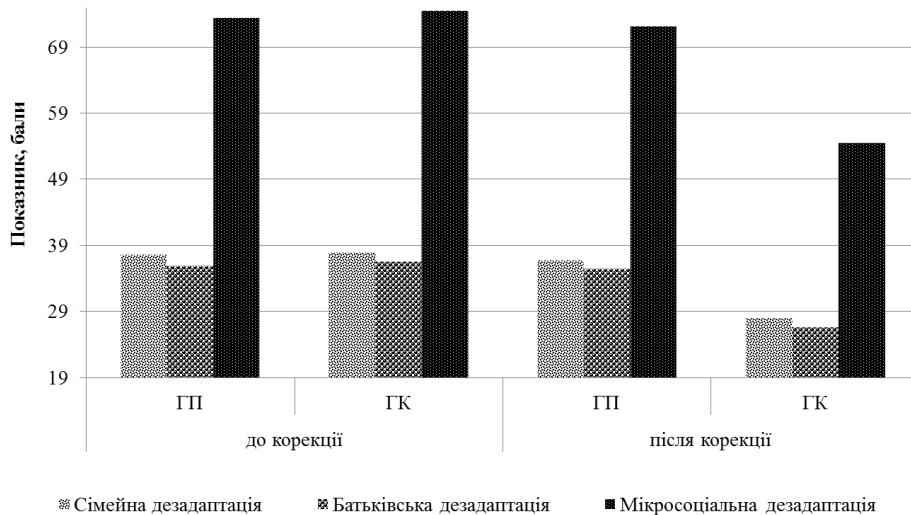


Рис. 12. Динаміка показників мікросоціальної дезадаптації в процесі корекції

## ВИСНОВКИ

1. В дисертаційній роботі представлено теоретичне обґрунтування і практичне вирішення актуальної проблеми сучасної медичної психології з розробки концепції взаємообумовленого формування і прогредієнтності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням генезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу. Проблема вирішена на основі ідентифікації і комплексної оцінки вираженості, клініко-психопатологічних проявів і механізмів формування психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу, що дозволило створити для них ефективну систему психодіагностики і реабілітації.

2. Створено і верифіковано психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури психосоціальної дезадаптації у різних сферах, яка дозволяє виокремити та оцінити стан її ключових компонентів. Методика охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації); та мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації). Кількісна оцінка вираженості психосоціальної дезадаптації за кожною сферою визначається амплітудою

показників від відсутності дезадаптації, через легку і помірну, до дезадаптації вираженого ступеню.

3. Виявлено, що у жінок з ознаками психосоціальної дезадаптації спостерігаються значуще вищі показники за симптомами депресії (за виключенням критичності, симптоматики деперсоналізації та дереалізації, і параноїдальної симптоматики), у порівнянні з жінками без ознак дезадаптації. Найбільш суттєві розбіжності виявлені для власне депресивної симптоматики, почуття провини, інсомнії, тривожної симптоматики та соматовегетативних проявів депресії.

Встановлено загальну тенденцію до зростання кількісних показників вираженості депресивних і тривожних проявів, показників вираженості адинамічних, ажитованих, недиференційованих форм депресії та депресії зі страхом, а також загального показника тривоги і показників психічної та соматичної тривоги, по мірі збільшення ступеню психосоціальної дезадаптації, яка зберігається для всіх сфер: соціально-економічної, соціально-інформаційної, соціально-професійної, міжособистісної, сімейної та батьківської. Найбільш тісно депресивна та тривожна симптоматика асоційована з сімейною та батьківською дезадаптацією, найменше – з соціально-професійною та соціально-інформаційною дезадаптацією.

4. Визначено, що вираженість психосоціальної дезадаптації за всіма 6 сферами є найважчою у хворих на депресивні розлади органічного генезу, середньою – ендогенного, а найлегшою – психогенного генезу.

Фактор генезу справляє найбільший вплив на характеристики депресії при відсутності ознак дезадаптації та легкому її ступені. Зі збільшенням важкості дезадаптації вплив генезу депресії на вираженість її проявів зменшується, і при важкій дезадаптації є найменшим. Тривога меншою мірою залежить від генезу депресії, і більшою мірою визначається ступенем дезадаптації.

5. Досліджено персонологічні і поведінкові патерни жінок, хворих на депресію, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації та генезу депресивного розладу.

5.1. Серед жінок з депресивними розладами, які не супроводжуються значними порушеннями психосоціальної адаптації, незалежно від їх генезу, вираженість алекситимії є, в цілому, меншою порівняно з хворими на депресію з вираженою психосоціальною дезадаптацією, для яких характерною є висока вираженість алекситимічних проявів, особливо для осіб з ендогенною або органічною природою депресивного процесу.

5.2. Встановлено, що за умов наявності ознак психосоціальної дезадаптації, для жінок з депресією характерним є більш дезадаптивне ставлення до хвороби, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів, незалежно від генезу депресивного розладу.

5.3. Загальною закономірністю відносно ціннісної сфери у хворих на депресивні розлади є домінування в системі цінностей здоров'я, щасливого сімейного життя, кохання, матеріально забезпеченого життя та наявності

хороших та вірних друзів. При цьому виявлена чітка тенденція до збільшення цінності здоров'я у загальній системі цінностей по мірі наростання ознак дезадаптації. Ця тенденція є універсальною і реалізується при всіх її видах: макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної, особливо яскраво проявляючись при помірній і важкій дезадаптації. При цьому цінність інших сфер зменшується по мірі збільшення ознак дезадаптації внаслідок зростання цінності здоров'я.

Хворим на депресивні розлади притаманний середній рівень дезінтеграції за типом внутрішнього конфлікту, найбільш виражений у хворих на ендогенну і органічну депресію без ознак дезадаптації, дещо менше у хворих на всі види депресії з ознаками дезадаптації, і найменше – у хворих на психогенну депресію без ознак дезадаптації. Дисоціація за типом внутрішнього вакууму більш виражена у хворих з ознаками дезадаптації, однак, розбіжності статистично не значущі. В цілому хворі, з ознаками дезадаптації демонструють вищий рівень дисоціації у ключових сферах. При цьому ознаки дисоціації є найбільшими у хворих на органічну депресію, дещо меншими – у хворих на ендогенну депресію, і найменшими – у хворих на психогенну депресію.

5.4. У жінок, хворих на депресивні розлади, копінговий репертуар є деформованим, проте, якісні характеристики цієї деформації залежать від наявності/відсутності ознак психосоціальної дезадаптації та, частково, – від генезу захворювання. Серед жінок з ознаками дезадаптації, незалежно від генезу депресії, провідним є копінг-механізм втечі-уникнення, який набуває характеру загального зниження активності внаслідок депресивної загальмованості і сповільненості ментальних процесів, прагнення уникати всього, що може посилити депресивні переживання; ці тенденції посилюються від психогенної депресії ( $68,67 \pm 7,43$  балів) через ендогенну ( $73,04 \pm 6,77$  балів) до органічної ( $74,05 \pm 6,82$  балів).

6. Вивчено особливості психосоціального функціонування та стан його окремих джерел у жінок з депресивними розладами різного генезу та вираженості психосоціальної дезадаптації.

6.1. У жінок з депресивними розладами встановлено закономірність щодо погіршення якості життя за всіма сферами при зростанні тяжкості психосоціальної дезадаптації в усіх сферах життєдіяльності. Найбільше ці закономірності проявляються при макросоціальної дезадаптації, а найменшою – при мікросоціальної дезадаптації.

6.2. Показники стану соціальної підтримки, як і показники благополуччя сімейного функціонування, у жінок з депресивними розладами різного генезу, виявили очевидну асоціацію не з етіологічним фактором хвороби, а з наявністю у хворих психосоціальної дезадаптації. За умови наявності ознак психосоціальної дезадаптації, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів. Отже, дезінтегруюча роль психосоціальної

дезадаптації як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнок, не викликає сумніву.

6.3. Стан континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з депресивними розладами напряму асоційований з наявністю у них проблем у психосоціальному функціонуванні, що грає визначальну роль у формуванні якісних і кількісних характеристик соціально-психологічної дезадаптації у даного контингенту. Другим значущим фактором впливу на дрейф континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у бік дезадаптивних проявів, є генез депресивного розладу.

7. Запропонована нова технологія у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню макросоціальної, мезосоціальної і мікросоціальної дезадаптації на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обсесивно-фобічного спектру – проста у використанні і придатна для застосування в практиці охорони здоров'я для проведення скринінгових досліджень з метою раннього виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації.

8. Спираючись на визначення особливостей взаємообумовленого формування і прогредієнтності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням генезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу, обґрунтовано й розроблено систему персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами.

Зазначена система об'єднана спадкоємністю, етіопатогенетичною орієнтованістю і комплексністю заходів, є індивідуально орієнтованою, і у максимальному ступені враховує особливості психосоціальної дезадаптації жінок з ознаками депресивних розладів у різних сферах.

Запропонована система складається з двох етапів – психодіагностичного і психокорекційного, кожен з яких структурується на діагностичні і корекційні заходи в залежності від сфери, в якій виявлено психосоціальну дезадаптацію, та від ступеню дезадаптації у кожній зі сфер. Структура етапів стандартизована, що робить запропоновану систему придатною до використання на первинному етапі надання медичної допомоги, а зміст заходів індивідуалізований, що забезпечує максимальну адресність і дієвість психокорекційних заходів.

## **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. При первинній діагностиці хворих з депресивними розладами рекомендовано використання технології визначення ймовірного ступеню розвитку макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обсесивно-фобічного спектру, що дозволить своєчасно виявляти контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації та забезпечуватиме персоніфікацію вибору тактики медико-психологічної роботи для кожної пацієнтки.

2. Ефективність системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації хворих з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами базується на принципах етапності, комплексності, індивідуалізованості та таргетного використання психотерапевтичних технологій залежно від виду і інтенсивності психосоціальної дезадаптації та генезу депресивного розладу. При психогенному характері корекційні заходи рекомендовано спрямовувати на дезактуалізацію стресора, зменшення його інтенсивності і реакції на нього пацієнтки. При депресії ендогенного характеру психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на посилення і підкріплення ефекту антидепресивної терапії та нівелювання ознак психосоціальної дезадаптації. При органічному генезі депресивного розладу залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації заходи з психотерапії та психокорекції плануються індивідуально з урахуванням тяжкості основного захворювання.

## СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різної генези: особливості діагностики, вираженості і структури // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. № 9. С. 82 – 92.

2. Ісаков Р.І. Порівняльний аналіз вираженості психосоціальної дезадаптації й афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу // Український вісник психоневрології. 2018. Том 26, вип. 3 (96). С. 20-26.

3. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Діагностика психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами // **Світ медицини та біології**. 2019. № 1 (67). С. 34–38. *(здобувачем особисто запропонована ідея дослідження, його мета та завдання, розроблено методологічні основи, зроблені висновки)*

4. Скрипніков А.М., Ісаков Р.І., Фисун Ю.О. Психосоціальна дезадаптація жінок із психогенними депресивними розладами // Вісник проблем біології та медицини. 2019. вип.2, том 1 (150). С. 203 – 206. *(внесок дисертанта складався з формулювання ідеї, аналізу наукового матеріалу, узагальнення висновків)*

5. Ісаков Р.І. Особливості ціннісно-особистісної сфери у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, в залежності від вираженості психосоціальної дезадаптації // Медична психологія. 2019. Том 14, № 2. С. 9 – 15.

6. 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. *(внесок дисертанта складався з формулювання ідеї, аналізу наукового матеріалу, узагальнення висновків)*

7. Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Особливості континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та

вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні // Архів психіатрії. 2019. Том 25, № 1 (96). С. 56 – 92. *(дисертантом особисто сформульована мета роботи, отримано і проаналізовано емпіричні дані, сформульовано висновки)*

8. Ісаков Р.І. Особливості співвідношення вираженості проявів макросоціальної дезадаптації й тривожно-депресивної симптоматики у жінок з депресивними розладами різного генезу // Архів психіатрії. 2019. Том 25, № 3 (98). С. 136 – 141.

9. Ісаков Р.І. Характеристика внутрішньої картини хвороби у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу та рівню психосоціальної дезадаптації // Експериментальна і клінічна медицина. 2019. № 3. С. 32 – 40.

10. Ісаков Р.І. Аналіз структури і проявів алекситимії у жінок, хворих на депресивні розлади, з ознаками та без ознак психосоціальної дезадаптації // Вісник Вінницького національного медичного університету. 2019, Т. 23, №4. С. 611 – 615.

11. Ісаков Р.І. Аналіз сімейної тривоги у жінок з депресивними розладами різного генезу та вираженістю макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації // Медицина сьогодні і завтра. 2019. № 3 (84). С. 61 – 69.

12. Ісаков Р.І. Особливості актуального копінгового репертуару у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, в залежності від вираженості психосоціальної дезадаптації // Медична психологія. 2019. Том 14, № 4. С. 65 – 69.

13. Ісаков Р.І. Специфіка тривожно-депресивної симптоматики у жінок з депресивними розладами різного генезу та вираженості мезо- і мікросоціальної дезадаптації // Архів психіатрії. 2019. Том 25, № 4 (99). С. 196 – 203.

14. Ісаков Р.І. Технологія багаторівневої прогностичної оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, як основа персоніфікації лікувально-реабілітаційних підходів в їх комплексному лікуванні // Психосоматична медицина і загальна практика. 2019. Том 4, № 4. <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/244>

15. Ісаков Р.І. Якість життя жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу та рівню психосоціальної дезадаптації // Вісник проблем біології і медицини. 2020. вип. 1 (155). С. 131 – 136.

16. Ісаков Р.І. Варіативність й інтенсивність психопатологічної симптоматики та проявів макросоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу // Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2020. № 1. С. 45-50.

17. Ісаков Р.І. Співставлення вираженості психопатологічної симптоматики та проявів мезо- і мікросоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу // Norwegian Journal of development of the International Science. 2020. № 39. Vol. 2. P. 16 – 22.

18. Ісаков Р.І. Характеристика системи цінностей у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, в залежності від вираженості психосоціальної дезадаптації // Вісник морської медицини. 2020. № 1 (86). С. 115 – 124.

19. Ісаков Р.І. Аналіз ставлення до доступності цінностей різних сфер життєдіяльності у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, в залежності від вираженості психосоціальної дезадаптації // Актуальні проблеми транспортної медицини. 2020. № 1 (59). С. 36 – 44.

20. Ісаков Р.І. Структура «внутрішнього конфлікту» і «внутрішнього вакууму» як результат дисоціації між вибором життєвих цінностей і їх доступністю у жінок з депресією різного генезу та різної вираженості макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020. № 1 (Том 24). С. 165 – 174.

21. Ісаков Р.І. Якість життя у жінок з депресією різного генезу та різної вираженості макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 1 (83). С. 31 – 41.

22. Ісаков Р.І. Стан соціально-психологічної адаптації/дезадаптації в структурі депресивних розладів різного генезу у жінок з різним рівнем ураженості внаслідок дії дезадаптуючих чинників макросоціального рівню // Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2020. № 1. С. 89 – 96.

23. Ісаков Р.І. Структурний аналіз соціально-психологічної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу залежно від вираженості чинників мезо- і мікросоціального впливу // Експериментальна і клінічна медицина. 2020. № 1. С. 38 – 44.

24. Ісаков Р.І. Структура соціальної підтримки жінок з депресивними розладами та різною вираженістю макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації // Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1. С. 62 – 67.

25. Ісаков Р.І. Обґрунтування, зміст і ефективність системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами // Медична психологія. 2020. № 1. С. 33 – 42.

### **Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації**

26. Leshchyna I., Isakov R., Zelenska K., Kraskovska T. Features of psychosocial maladaptation in women with depressive disorder depending on its etiology // European Psychiatry. 2019. Vol. 56S. P. 120. *(здобувачем особисто запропонована ідея та гіпотеза дослідження, його мета та завдання, розроблено методологічні основи та проінтерпретовано отримані дані)*

27. Ісаков Р.І., Герасименко Л.О. Діагностичний інструмент виміру психосоціальної дезадаптації жінок із психогенними депресивними розладами різного генезу // Зб. тез наук. роб. міжнар. наук. практик. конф. «XVII З'їзд Всеукраїнського лікарського товариства», м. Полтава, 14-16 листопада 2019 р. – Полтава, 2019. – С. 157. *(особистий внесок автора склався з постановки проблеми дослідження, набору даних та інтерпретації отриманих результатів)*

28. Ісаков Р.І. Щодо необхідності розробки персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами // Матеріали міжрегіональної науково-практичної конференції з питань медико-психологічної реабілітації «Сучасні методи

організації медико-психологічної реабілітації учасників АТО в санаторно-курортних умовах», 19-20 травня 2017р. Харків. С. 90 – 91.

29. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Порівняльна характеристика психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок при розладах адаптації та посттравматичному стресовому розладі // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук». 2015 С. 21 – 23. *(здобувачем сформульовано ідею, гіпотезу і мету роботи, узагальнено висновки)*

## АНОТАЦІЯ

**Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація).** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 19.00.04 – медична психологія. Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Харків, 2021.

Дисертацію присвячено обґрунтуванню концепції взаємообумовленого формування і прогресивності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням генезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу.

З метою ідентифікації і комплексної оцінки вираженості, клініко-психологічних проявів і механізмів формування психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного генезу, та розробки системи персоналізованої психодіагностики і реабілітації для даного контингенту, комплексно обстежено 252 жінки з депресивними розладами: 94 особи з психогенною, 83 жінки з ендогенною і 75 пацієнток з органічною депресією. 48 жінок не мали ознак психосоціальної дезадаптації, у інших 204 встановлені прояви макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації різної вираженості. Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів.

В ході роботи: -створено і верифіковано психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури психосоціальної дезадаптації у різних сферах; -здійснено порівняльний аналіз психопатологічної афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації; -охарактеризовано специфіку психосоціальної дезадаптації у жінок залежно від генезу депресивного розладу; -досліджено персоніологічні і поведінкові патерни жінок, хворих на депресію, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації та генезу депресивного розладу; -вивчено особливості психосоціального функціонування та стан його окремих джерел у жінок з депресивними розладами різного генезу та вираженості психосоціальної дезадаптації; -розроблено технологію багаторівневої оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, як основу персоналізації лікувально-реабілітаційних підходів.



На основі отриманих даних обґрунтовано, розроблено й доведено ефективність системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами.

*Ключові слова:* психосоціальна дезадаптація, депресивні розлади, жінки.

## АННОТАЦІЯ

**Исаков Р.И. Психосоциальная дезадаптация у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза (психодиагностика, феноменология, психосоциальная реабилитация).** – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 19.00.04 – медицинская психология. Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины. – Харьков, 2021.

Диссертация посвящена обоснованию концепции взаимообусловленного формирования и прогрессивности психосоциальной дезадаптации и депрессивных расстройств у женщин, с учетом генеза депрессии, структуры дезадаптации и феномена их системного взаимовлияния.

С целью идентификации и комплексной оценки выраженности клинико-психологических проявлений и механизмов формирования психосоциальной дезадаптации у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза, и разработки системы персонифицированной психодиагностики и реабилитации данного контингента, комплексно обследовано 252 женщины с депрессивными расстройствами: 94 человека с психогенной, 83 женщины с эндогенной и 75 пациенток с органической депрессией. 48 женщин не имели признаков психосоциальной дезадаптации, у других 204 установлены проявления макро-, мезо- и микросоциальной дезадаптации различной выраженности. Исследование проводилось с использованием клинико-психопатологического и психодиагностического методов.

В ходе работы: -создана и верифицирована психодиагностическая методика комплексной оценки степени и структуры психосоциальной дезадаптации в различных сферах; -проведен сравнительный анализ психопатологической аффективной симптоматики у женщин, больных депрессивными расстройствами различного генеза, в зависимости от выраженности психосоциальной дезадаптации; -охарактеризовано специфику психосоциальной дезадаптации у женщин в зависимости от генеза депрессивного расстройства; -исследованы персонологические и поведенческие паттерны женщин, больных депрессией, в зависимости от выраженности психосоциальной дезадаптации и генеза депрессивного расстройства; -изучены особенности психосоциального функционирования и состояние его отдельных источников у женщин с депрессивными расстройствами различного генеза и выраженности психосоциальной дезадаптации; -разработана технология многоуровневой оценки психосоциальной дезадаптации у женщин с депрессивными расстройствами, как основа персонификации лечебно-реабилитационных подходов.

На основе полученных данных обоснована, разработана и доказана эффективность системы персонифицированной психодиагностики и реабилитации женщин с психосоциальной дезадаптацией и депрессивными расстройствами.

*Ключевые слова:* психосоциальная дезадаптация, депрессивные расстройства, женщины.

## SUMMARY

***Isakov R.I. Psychosocial and social disadaptation in women with depressive disorders of various genesis (psychodiagnostics, phenomenology, psychosocial rehabilitation).*** – Manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Medical Sciences, specialty 19.00.04 – Medical Psychology. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Ukraine. Kharkiv, 2020.

The dissertation is devoted to substantiation of the concept of interdependent formation and progression of psychosocial maladaptation and depressive disorders in women, taking into account the genesis of depression, the structure of maladaptation and the phenomenon of their systemic interaction.

In order to identify and comprehensively assess the severity, clinical and psychological manifestations and mechanisms of psychosocial maladaptation in women with depressive disorders of various genesis, and to develop a system of personalized psychodiagnostics and rehabilitation for this contingent, comprehensively examined 252 women with depressive disorders. 75 patients with endogenous and 177 patients with organic depression. 48 women did not show signs of psychosocial maladaptation, the other 204 showed manifestations of macro-, meso- and microsocial maladaptation of varying severity. The study was conducted using clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods.

In the course of work psychodiagnostic methodology for a comprehensive assessment of the degree and structure of psychosocial maladjustment in various fields was created and verified; a comparative analysis of psychopathological affective symptoms in women with depressive disorders of various genesis, depending on the severity of psychosocial maladjustment, has been completed; specificity of psychosocial disadaptation in women, depending on the genesis of depressive disorder was characterized; personological and behavioral patterns of women with depression, depending on the severity of psychosocial maladjustment and the genesis of depressive disorder were analyzed; features of psychosocial functioning and the state of its individual sources in women with depressive disorders of various genesis and severity of psychosocial maladjustment were studied; technology for multilevel assessment of psychosocial maladjustment in women with depressive disorders, as the basis for the personification of treatment and rehabilitation approaches was developed.

Effectiveness of the system of personified psychodiagnostics and rehabilitation of women with psychosocial maladjustment and depressive disorders was substantiated developed and proved on the basis of the data obtained.

*Key words:* psychosocial maladjustment, depressive disorders, women.