

ДОСЛІДНИЦЬКІ СТАТТІ

НАДІСЛАНО: 2020-08-26

ОПУБЛІКОВАНО: 2019-11-11

Технологія багаторівневої прогностичної оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, як основа персоніфікації лікувально-реабілітаційних підходів в їх комплексному лікуванні

Рустам Ісаков*

ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ • ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ • ШКАЛА ДЛЯ ОЦІНОЧНОГО ВИЗНАЧЕННЯ ЙМОВІРНОГО СТУПЕНЮ МАКРОСОЦІАЛЬНОЇ, МЕЗОСОЦІАЛЬНОЇ І МІКРОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ • ЖІНКИ

Анотація

Актуальність. Сумною ознакою сьогодення є тенденція перетворення депресивних розладів на маркер сучасного суспільства, розповсюдження якого неухильно зростає. Депресія утруднює задоволення базових потреб людини і негативно впливає на її повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя та формування психосоціальної дезадаптації (ПД), розвиток і прогресування якої відбувається під впливом дії соціальних чинників макро-, мезо- і мікросоціального рівнів. Зрозуміло, ці впливи цих чинників не є однаковим, й питання ідентифікації особливостей взаємодії дезадаптації в структурі депресії, і ПД макро-, мезо- та мікросоціального рівнів на теперішній час не знайшло свого остаточного вирішення, що унеможливило розробку персоніфікованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

Мета. Метою була розробка технології багаторівневої прогностичної оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, спрямовану на раннє виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації, як основу персоніфікації лікувально-реабілітаційних підходів в їх комплексному лікуванні.

Матеріали та методи. Для досягнення мети було 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 ПД, у інших 204 встановлені прояви макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації різної вираженості. Дослідження проводилося з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів.

Результати та висновки. В результаті дослідження було запропонована нова технологія у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і obsesивно-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, що дозволить здійснювати відповідну персоніфікацію психокорекційних і реабілітаційних втручань в їх комплексному лікуванні.

Актуальність

Сумною ознакою сьогодення є тенденція перетворення депресивних розладів на маркер сучасного суспільства, розповсюдження якого неухильно зростає: за даними ВООЗ, 5% від усього населення земної кулі звертались за допомогою з цього приводу і отримували відповідне лікування, причому серед них кількість жінок, що страждають на депресію (12–20%), є значуще більшою, ніж чоловіків (5–12%) [1, 2, 3, 4]. Окрім того, що депресивні розлади значною мірою впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування, спричиняють підвищення ризику передчасної смерті [5], депресія утруднює задоволення базових потреб людини і негативно впливає на її повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя та розвитку психосоціальної дезадаптації (ПД) [6, 7], розвиток і прогресування якої відбувається під впливом дії соціальних чинників макро-, мезо- і мікросоціального рівнів. Зрозуміло, ці впливи цих чинників не є однаковим, й питання ідентифікації особливостей взаємодії дезадаптації в структурі депресії, і ПД макро-, мезо- та мікросоціального рівнів на теперішній час не знайшло свого остаточного вирішення, що унеможливило розробку персоніфікованих підходів до лікування та реабілітації цих хворих.

Останніми десятиліттями спостерігається активне впровадження методів математичного моделювання в медицині та психології [8]. Розвиток комп'ютерної обчислювальної техніки супроводжувався удосконаленням програмних засобів моделювання різноманітних патологічних станів, що сприяє переходу наукових досліджень на більш високі стандарти через побудову математичних моделей та/або прогностичних шкал щодо патологічних станів [9]. Одна з ключових тенденцій цього процесу – зміна парадигми обробки клініко-лабораторних даних на парадигму їх глибокого багатостороннього аналізу, що означає автоматизоване одержання нового медико-біологічного знання з емпіричних даних і надання лікарів-клініцисту можливості використовувати його для вирішення практичних завдань [10, 11, 12, 13, 14].

Побудова математичних моделей та/або прогностичних шкал щодо патологічних

процес є надзвичайно складною задачею [15]. Для їх створення необхідний аналіз вичерпної (або принаймні достатньої) кількості значущих факторів, частина з яких є статичними, а частина – динамічними, що істотно утруднює аналіз; при цьому значна кількість факторів призводить до переважання і, як наслідок, «розмиття». Особливістю медико-біологічних та біопсихосоціальних моделей та/або прогностичних шкал є те, що фактори, які необхідно враховувати при їх побудові, виражені у різних типах змінних: кількісні – безперервні та дискретні, і категоріальні – номінальні та порядкові, в тому числі дихотомічні, що утруднює їх рандомізацію та аналіз. Водночас, альтернативи математико-статистичному моделюванню у створенні об'єктивних прогностичних систем патологічних станів та захворювань у даний час не існує.

Мета роботи

Мета роботи – розробити технологію багаторівневої прогностичної оцінки психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами, спрямовану на раннє виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації, як основу персоналізації лікувально-реабілітаційних підходів в їх комплексному лікуванні.

Матеріали і методи

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева було обстежено 252 жінки, яким був встановлений діагноз депресивного розладу відповідно до чинних нормативних документів. Згідно дизайну роботи, в дослідження були включені 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-10 F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії, коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F31.5) та 75 пацієнок з депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3) [16]. В дослідженні використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний методи.

Для ідентифікації та виміру вираженості ПД нами була розроблена оригінальна шкала для комплексної оцінки ступеню ПД у різних сферах [17], яка охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: макросоціальний, що включає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації (МакПД); мезосоціальний, що включає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації (МезПД); та мікросоціальний, що включає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації (МікПД). Ці шість сфер охоплюють основні напрямки психосоціальної адаптації (дезадаптації) і дозволяють визначити порушення психосоціального функціонування індивіда за всіма ключовими напрямками.

Обстежені жінки за результатами оцінки ступеню ПД за використанням розробленої нами шкали були розділені на дві групи. До першої групи, чисельністю 48 осіб, були віднесені жінки, у яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи, чисельністю 204 особи, були віднесені жінки, у яких принаймні за одною зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам ПД. При цьому показник за шкалою в межах 20-29 балів розцінювався як ознаки ПД легкого ступеню, показник у межах 30-39 балів – як ознаки ПД помірного ступеню, показник у 40 і більше балів – ПД вираженого ступеню.

Результати та їх обговорення

Нами було проведено аналіз показників вираженості клініко-психопатологічних проявів, притаманних різним ступеням МакПД, МезПД і МікПД. Для аналізу клініко-психопатологічних характеристик нами були виділені інтегральні показники розладів депресивного, тривожного та обсесивно-фобічного спектру.

Інтегральний показник розладів депресивного спектру складався з суми показників за шкалою депресії М. Hamilton та показника за шкалою депресії Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою М. Hamilton.

Інтегральний показник розладів тривожного спектру складався з суми показників за шкалою тривоги М. Hamilton та показника за шкалою тривожності Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою М. Hamilton.

Інтегральний показник розладів обсесивно-фобічного спектру складався з суми показників за шкалами обсесивно-компульсивних розладів та фобічної тривожності Derogatis, помножених на 10 для забезпечення спільномірності з даними інших шкал.

Кількісні характеристики показників вираженості психопатологічних розладів при різних ступенях МакПД наведено у [Таблиці 1](#).

Показник	M±m / Me / Q25-Q75
Відсутність ознак дезадаптації	
Показник макросоціальної дезадаптації	26,75±5,20 / 26,00 / 22,00-31,00
Розлади депресивного спектру	33,21±4,88 / 33,00 / 30,00-37,50
Розлади тривожного спектру	19,71±7,74 / 19,00 / 14,00-24,50
Розлади обсесивно-фобічного спектру	11,27±3,25 / 11,00 / 8,00-14,00
Дезадаптація легкого ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	49,12±5,70 / 50,00 / 44,00-54,00
Розлади депресивного спектру	39,44±4,76 / 39,00 / 36,00-42,00
Розлади тривожного спектру	23,58±4,37 / 24,00 / 21,00-26,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	13,12±3,03 / 13,00 / 11,00-15,00
Дезадаптація помірного ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	67,75±5,65 / 68,00 / 62,00-72,00
Розлади депресивного спектру	47,34±4,85 / 47,00 / 44,00-50,00
Розлади тривожного спектру	31,23±5,25 / 31,00 / 27,00-35,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	14,39±4,02 / 13,00 / 11,00-17,00
Дезадаптація важкого ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	88,88±6,36 / 88,50 / 83,00-95,00
Розлади депресивного спектру	55,55±5,70 / 56,50 / 51,00-59,00
Розлади тривожного спектру	38,32±5,02 / 38,00 / 35,00-42,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	18,32±4,17 / 18,00 / 16,00-21,00

Таблиця 1. Кількісні характеристики показників вираженості розладів депресивного, тривожного та обсесивно-фобічного спектру при різних ступенях МакПД

Кількісні характеристики показників вираженості психопатологічних розладів при різних ступенях МезПД наведено у [Таблиці 2](#).

Показник	M±m / Me / Q25-Q75
Відсутність ознак дезадаптації	
Показник мезосоціальної дезадаптації	25,90±5,16 / 25,00 / 22,00-29,50
Розлади депресивного спектру	33,21±4,88 / 33,00 / 30,00-37,50
Розлади тривожного спектру	19,71±7,74 / 19,00 / 14,00-24,50
Розлади обсесивно-фобічного спектру	11,27±5,25 / 11,00 / 8,00-14,00
Дезадаптація легкого ступеню	
Показник мезосоціальної дезадаптації	48,09±5,35 / 49,00 / 43,00-52,00
Розлади депресивного спектру	40,51±5,31 / 40,50 / 36,00-45,00
Розлади тривожного спектру	24,20±4,52 / 24,00 / 21,00-27,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	13,64±3,34 / 13,50 / 11,00-16,00
Дезадаптація помірного ступеню	
Показник мезосоціальної дезадаптації	64,73±4,99 / 64,00 / 61,00-69,00
Розлади депресивного спектру	49,53±6,06 / 49,00 / 45,00-54,00
Розлади тривожного спектру	33,52±5,20 / 34,00 / 31,00-37,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	14,99±4,32 / 15,00 / 12,00-18,00
Дезадаптація важкого ступеню	
Показник мезосоціальної дезадаптації	86,29±7,72 / 87,00 / 78,00-95,00
Розлади депресивного спектру	58,25±3,62 / 58,00 / 56,00-61,50
Розлади тривожного спектру	40,68±5,15 / 41,50 / 37,00-44,50
Розлади обсесивно-фобічного спектру	19,89±3,42 / 20,00 / 18,00-22,00

Таблиця 2. Кількісні характеристики показників вираженості розладів депресивного, тривожного та обсесивно-фобічного спектру при різних ступенях МезПД

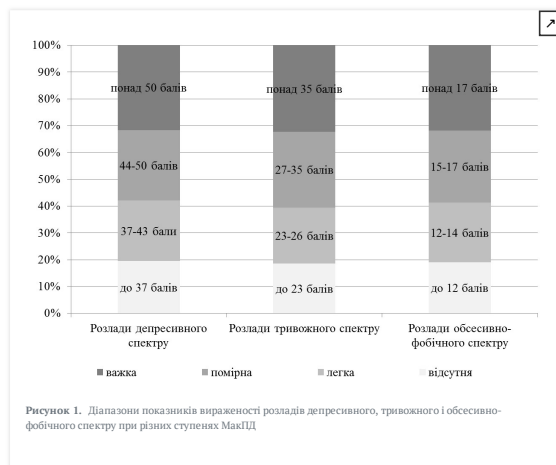
Інформація щодо кількісних характеристик показників вираженості психопатологічних розладів при різних ступенях МікПД наведено у [Таблиці 3](#).

Показник	M±m / Me / Q25-Q75
Відсутність ознак дезадаптації	
Показник макросоціальної дезадаптації	29,06±5,54 / 30,00 / 24,50-34,00
Розлади депресивного спектру	33,21±4,88 / 33,00 / 30,00-37,50
Розлади тривожного спектру	19,71±7,74 / 19,00 / 14,00-24,50
Розлади обсесивно-фобічного спектру	11,27±5,25 / 11,00 / 8,00-14,00
Дезадаптація легкого ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	47,59±5,25 / 47,50 / 43,00-52,00
Розлади депресивного спектру	37,72±4,77 / 36,50 / 34,50-40,50
Розлади тривожного спектру	23,75±4,15 / 24,50 / 22,00-26,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	12,94±3,18 / 12,50 / 10,50-15,50
Дезадаптація помірного ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	67,36±5,32 / 68,00 / 62,00-72,00
Розлади депресивного спектру	42,97±5,11 / 42,00 / 39,00-46,00
Розлади тривожного спектру	26,45±5,59 / 26,00 / 22,00-31,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	14,29±3,85 / 14,00 / 11,00-17,00
Дезадаптація важкого ступеню	
Показник макросоціальної дезадаптації	88,37±6,91 / 88,00 / 83,00-94,00
Розлади депресивного спектру	53,23±5,99 / 53,00 / 48,00-58,00
Розлади тривожного спектру	36,21±5,90 / 36,00 / 32,00-41,00
Розлади обсесивно-фобічного спектру	16,47±4,54 / 17,00 / 13,00-20,00

Таблиця 3. Кількісні характеристики показників вираженості розладів депресивного, тривожного та обсесивно-фобічного спектру при різних ступенях МікПД

Базуючись на даних аналізу, нами були запропоновані оціночні шкали для орієнтовного визначення ступеню МакПД, МезПД, МікПД в залежності від виразності психопатологічної симптоматики.

Кількісні діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обсесивно-фобічного спектру, що відповідають тим чи іншим ступеням МакПД, наведено на [Рис. 1](#).



Значення показників за шкалою розладів депресивного спектру до 37 балів, за шкалою розладів тривожного спектру до 23 балів і за шкалою розладів обсесивно-компульсивного спектру до 12 балів відповідають відсутності ознак макросоціальної дезадаптації; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 37-43 балів, за шкалою розладів тривожного спектру в межах 23-26 балів і за шкалою розладів обсесивно-фобічного спектру в межах 12-14 балів відповідають низькому ступеню МакПД; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 44-50 балів, за шкалою

розладів тривожного спектру в межах 27-35 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру в межах 15-17 балів відповідають помірному ступеню МакПД; а значення показників за шкалою розладів депресивного спектру понад 50 балів, за шкалою розладів тривожного спектру понад 35 балів і

за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру понад балів відповідають високому ступеню МакПД.

Кількісні діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обесивно-фобічного спектру, що відповідають різним ступеням МезПД, наведено на [Рис. 2](#).

Значення показників за шкалою розладів депресивного спектру до 37 балів, за шкалою розладів тривожного спектру до 23 балів і за шкалою розладів обесивно-компульсивного спектру до 12 балів відповідають відсутності ознак МезПД; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 37-44 балів, за шкалою розладів тривожного спектру в межах 23-29 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру в межах 12-14 балів відповідають низькому ступеню МезПД; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 44-55 балів, за шкалою розладів тривожного спектру в межах 30-37 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру в межах 15-18 балів відповідають помірному ступеню МезПД; а значення показників за шкалою розладів депресивного спектру понад 55 балів, за шкалою розладів тривожного спектру понад 37 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру понад 18 балів відповідають високому ступеню МезПД.

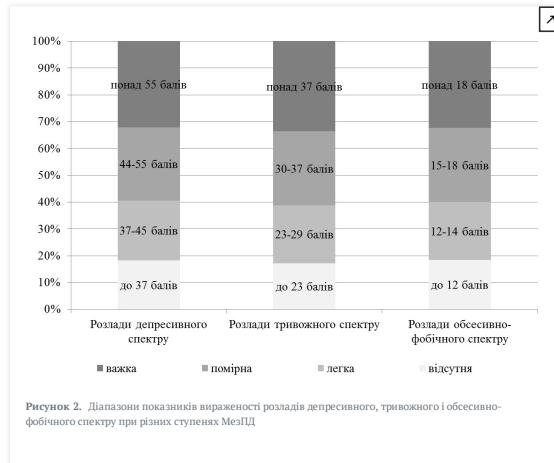


Рисунок 2. Діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обесивно-фобічного спектру при різних ступенях МезПД

Кількісні діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обесивно-фобічного спектру, що відповідають окремим ступеням МікПД, наведено на [Рис. 3](#).

Значення показників за шкалою розладів депресивного спектру до 36 балів, за шкалою розладів тривожного спектру до 24 балів і за шкалою розладів обесивно-компульсивного спектру до 12 балів відповідають відсутності ознак МікПД; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 36-40 балів, за шкалою розладів тривожного спектру в межах 24-27 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру в межах 12-13 балів відповідають низькому ступеню МікПД; значення показників за шкалою розладів депресивного спектру у межах 41-47 балів, за шкалою розладів тривожного спектру в межах 28-31 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру в межах 14-15 балів відповідають помірному ступеню МікПД; а значення показників за шкалою розладів депресивного спектру понад 47 балів, за шкалою розладів тривожного спектру понад 31 балів і за шкалою розладів обесивно-фобічного спектру понад 15 балів відповідають високому ступеню МікПД.

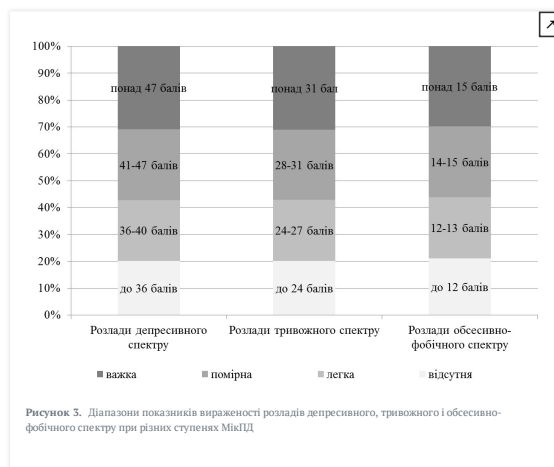


Рисунок 3. Діапазони показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обесивно-фобічного спектру при різних ступенях МікПД

Пацієнтка В.Н., 33 роки

Оцінка за шкалами М. Hamilton: депресії – 20 балів, тривоги – 23 бали; за шкалами Derogatis: депресії – 2,4 бали, тривожності – 1,3 бали, обесивно-компульсивних розладів – 0,7 балів, фобічної тривожності – 0,9 балів.

Значення інтегральних показників: розладів депресивного спектру – 44 бали, розладів тривожного спектру – 36 балів, розладів обесивно-фобічного спектру – 16 балів.

Прогнозне значення для макросоціальної дезадаптації: за розладами депресивного спектру – помірна, за розладами тривожного спектру – важка, за розладами обесивно-фобічного спектру – помірна. Загальний прогноз – найбільш ймовірно є мікросоціальна дезадаптація помірного ступеню.

Фактичне значення показника макросоціальної дезадаптації, визначене при обстеженні пацієнтки – 68 балів, що відповідає помірному ступеню.

прогнозне значення для мезосоціальної дезадаптації: за розладами депресивного спектру – помірна, за розладами тривожного спектру – помірна, за розладами обесивно-фобічного спектру – помірна. Загальний прогноз – найбільш ймовірною є мезосоціальна дезадаптація помірного ступеню.

Фактичне значення показника мезосоціальної дезадаптації, визначене при обстеженні пацієнтки – 61 бал, що відповідає помірному ступеню.

Прогнозне значення для мікросоціальної дезадаптації: за розладами депресивного спектру – помірна, за розладами тривожного спектру – важка, за розладами обесивно-фобічного спектру – важка. Загальний прогноз – найбільш ймовірною є мікросоціальна дезадаптація важкого ступеню.

Фактичне значення показника мікросоціальної дезадаптації, визначене при обстеженні пацієнтки – 77 балів, що відповідає важкому ступеню.

Висновок

Таким чином, нами запропонована нова технологія у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню МакПД, МезПД, МікПД на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обесивно-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, що дозволить здійснювати відповідну персоналіфікацію психокорекційних і реабілітаційних втручань в їх комплексному лікуванні.

Посилання

1. Voloshyn P, Maruta N. The main directions for scientific developments in the fields of neurology, psychiatry and narcology in Ukraine. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2017;25(1):10-8. URL: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/834/8348a722ce7101d7ac9396a62dd3cc2.pdf>
2. Chaban OS, Khaustova OO. Depression: understanding, treatment today and tomorrow. *International Psychiatric, Psychotherapeutic and Psychoanalytic Journal*. 2012;6(2):20-6.
3. Naprijenko OK. Non-circular depressions (monograph). Kyiv: Sofia-A; 2013.
4. Markova MV. Depressive Disorders in the Primary Health Care Network: From the "diagnostic invisibility" to the arena of general medical practice. *Medix AntiAging*. 2009;5:18-22. URL: http://www.health-medic.com/articles/anti_aging/2009-11-01/05_DEPRESYVNI_ROZLYADY_V_MEREZHII.pdf
5. Rakhman LV. State and structure of social functioning in patients with treatment-resistant depression. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools. 2015;5(11):110-21.
6. Maruta NA. Social recovery is the primary goal of depression therapy. *Nejronews*. 2013;8(53):16-20. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2013/8\(53\)/6537883430.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2013/8(53)/6537883430.pdf)
7. Herasymenko LO. Psychosocial maladjustment (modern conceptual models). *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2018;26(1):62-5. URL: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/b7a/b7ad05a3807f46310917057e59ac99a8.pdf>
8. Gaponov KD. Modeling and prognostication of psychosocial maladaptation in patients with disorders due to alcohol consumption, depending on the severity of addictive and affective symptoms and stress levels. *Norwegian Journal of development of the International Science*. 2019;28(1):7-12. URL: http://nor-ijournal.com/wp-content/uploads/2020/09/NJD_28_1.pdf
9. Genkyn AA. New information technology for medical data analysis. Saint Petersburg: Politehnika; 1999.
10. Emanuel VL, Genkyn AA. Computerization of laboratory research - the way of development of laboratory medicine. *Clin Lab Diagnostics*. 1997;5:34.
11. Medic VA, Fishman BB, Tokmachev MS. Manual of statistics in medicine and biology. Moscow: Medicina; 2001.
12. Pleskun VY, Voronyna ED. Theoretical foundations of the organization and analysis of sample data in the experiment Saint Petersburg: Leningrad University Publishing House; 1979.
13. Hlants S. Biomedical statistics. Moscow: Praktika; 1999.
14. Dubrov AM, Mkhitarian VS, Hroshyn LY. Multivariate statistical methods. Moscow: Finances and statistics; 1998.
15. Rebrova OV. Statistical analysis of medical data. Moscow: Medija Sfera; 2002.
16. Isakov RI. Comparative analysis of psychosocial disadaptation and efficient symptomatology in women with depressive disorders of different geneses. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2018;26(3):20-6. URL: <https://uvnnp.com.ua/upload/iblock/f9f/f92afd663ba43bca68f27c8e1758d7f.pdf>
17. Isakov RI. Psychosocial dezadaptation in women with depressive disorders of different genesis: peculiarities of diagnostics, diseases and structure. *Psychiatry, Neurology and Medical Psychology*. 2018;9:82-92. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-12>

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Кафедра медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії
Вулиця Михайла Коцюбинського 8-А
Київ
01030
Україна

Інформація

- Для читачів
- Для авторів
- Для бібліотекарів

Подати статтю

Мова

- Українська
- English