

<https://doi.org/10.35339/msz.2019.84.03.10>

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

Р.І. Ісаков

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

АНАЛІЗ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ В ЖІНОК ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ І МАКРО-, МЕЗО- ТА МІКРОСОЦІАЛЬНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЮ РІЗНОЇ ВИРАЖЕНОСТІ

Обстежено 252 жінки з депресивними розладами: 94 особи з психогенною (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації), 83 жінки з ендогенною (депресивний епізод; рекурентно депресивний розлад; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії) та 75 пацієнток з органічною депресією (органічні афективні розлади). 48 жінок не мали ознак психосоціальної дезадаптації, у інших 204 встановлено прояви макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації різної вираженості. Досліджено особливості сімейної тривоги в жінок з депресією різного генезу і різної вираженості макро-, мезо- та мікросоціальної дезадаптації для визначення цільових мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації пацієнтів даного контингенту. Використано клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Виявлено загальну тенденцію до збільшення показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в міру збільшення ступеня макро-, мезо- та мікросоціальної дезадаптації. При цьому найбільші відмінності показників спостерігались між групами з помірною та тяжкою дезадаптацією, а найменші – між групами без ознак дезадаптації та з ознаками легкої дезадаптації. Отримані дані варто враховувати при розробці лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів даного контингенту.

Ключові слова: депресивні розлади, макросоціальна дезадаптація, мезосоціальна дезадаптація, мікросоціальна дезадаптація, сімейна тривога жінки.

Вступ

За даними ВООЗ, на депресію впродовж життя хворіють від 5 до 12 % чоловіків і від 12 до 20 % жінок. Однак лише 50 % хворих, що страждають на депресію, бажають або мають можливість отримати медичну допомогу, а активно лікуються менш ніж 10 % із них [1–5]. Депресивні розлади поєднуються зі значними негативними соціально-економічними наслідками як для суспільства в цілому, так і для самого пацієнта, що суттєво погіршує якість його життя та рівень соціального функціонування [6]. Серед великої кількості досліджень щодо особливостей виникнення, пере-

бігу та лікування депресивних розладів в останні роки збільшилась кількість таких, у яких засвідчено поєднання частоти депресії із родинними детермінантами [7, 8].

У зв'язку з цим **метою даної роботи** є дослідження особливостей сімейної тривоги в жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу й вираженості різних видів психосоціальної дезадаптації, для визначення цільових мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації пацієнтів даного контингенту.

Контингент і методи дослідження

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної

клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, яким було встановлено діагноз депресивного розладу. У дослідженні брали участь 94 особи з депресивним розладом психогенного генезу (продовжена депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації, код за МКХ-10 F43.21), 83 жінки з ендogenous депресією (депресивний епізод, коди за МКХ-10 F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; рекурентний депресивний розлад, коди за МКХ-

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

Таким чином, з урахуванням поєднання генезу депресії і ступеня макро-, мезо- та мікросоціальної ДА було виділено по 12 груп (табл. 1): пацієнтки з психогенною депресією і відсутністю ознак ДА (чисельністю по 19 жі-

Таблиця 1. Розподіл обстежених жінок на групи дослідження за ступенем та видом дезадаптації, абс. кількість

Вид ДА	ДА за ступенем вираженості			
	без ознак	легка	помірна	тяжка
Макросоціальна	48	73	71	60
Мезосоціальна	48	86	90	28
Мікросоціальна	48	32	77	95

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 пацієнток із депресивним розладом органічного генезу (органічні афективні розлади, код за МКХ-10 F06.3).

Для ідентифікації та вимірювання вираженості видів психосоціальної дезадаптації (ДА) було розроблено оригінальну шкалу для комплексного оцінювання ступеня ДА у різних сферах [9], яка охоплює три основні кластери психосоціального функціонування: макросоціальний, що полягає в оцінюванні соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації; мезосоціальний, що включає оцінювання соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації; та мікросоціальний, що полягає в оцінюванні сімейної і батьківської дезадаптації. Ці шість сфер охоплюють основні напрямки психосоціальної адаптації (дезадаптації), за якими можна визначити порушення психосоціального функціонування індивіда.

Обстежених жінок за результатами оцінювання ступеня ДА з використанням розробленої нами шкали було розподілено на дві групи [10]. 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 ДА. При цьому показник за шкалою

нок у кожній), з ендogenous депресією і відсутністю ознак ДА (15 жінок у кожній), з органічною депресією і відсутністю ознак ДА (14 жінок у кожній), з психогенною депресією і ДА легкого ступеня (50, 57 та 25 жінок відповідно), з ендogenous депресією і ДА легкого ступеня (14, 16 та 5 жінок відповідно), з органічною депресією і ДА легкого ступеня (9, 13 та 2 жінки відповідно), з психогенною депресією і ДА помірного ступеня (16, 14 та 35 жінок відповідно), з ендogenous депресією і ДА помірного ступеня (37, 43 та 26 жінок відповідно), з органічною депресією і ДА помірного ступеня (18, 33 та 16 жінок відповідно), з психогенною депресією і ДА тяжкого ступеня (9, 4 та 15 жінок відповідно), з ендogenous депресією і ДА тяжкого ступеня (17, 9 та 36 жінок відповідно), з органічною депресією і ДА тяжкого ступеня (34, 15 та 44 жінки відповідно).

Особливості сімейної тривоги та її складових, а саме: сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості, у жінок, хворих на депресивні розлади, з урахуванням ступеня макро-, мезо- та мікросоціальної ДА оцінювали за однойменною методикою «Аналіз сімейної тривоги» Е.Г. Ейдемільера та В. Юстіцкіса [11].

Результати та їх обговорення

При аналізі особливостей сімейної тривоги та її складових у жінок із макросоціальною ДА різного ступеня вираженості виявлено прогресивне збільшення частки жінок із проявами сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості (рис. 1). Так, якщо у

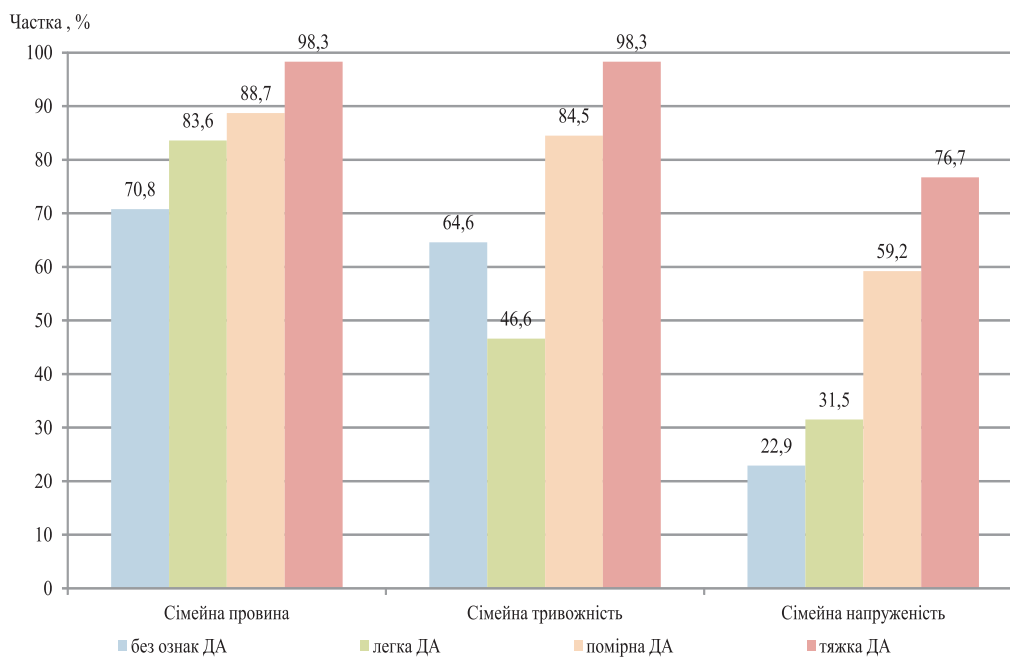


Рис. 1. Частка жінок із проявами сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості серед обстежених з макросоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості

групі без ознак макросоціальної ДА прояви сімейної провини виявлено у 70,8 % обстежених жінок, то при ДА легкого ступеня – у 83,6 %, при ДА помірного ступеня – у 88,7 %, а за тяжкої ДА – у 98,3 %. Дещо іншими були особливості сімейної тривожності: частка жінок з її ознакою серед хворих без ознак ДА виявилася трохи більшою, ніж серед жінок з ознаками легкої ДА – 64,6 % проти 46,6 %. Для макросоціальної ДА більш тяжких ступенів вираженості характерними були подальше збільшення показника сімейної тривожності: при помірній ДА – 84,5 %, при тяжкій – 98,3 %. Прояви сімейної напруженості в цілому спостерігались у меншій кількості обстежених; при цьому виявлено чітку тенденцію до збільшення показників сімейної напруженості зі збільшенням ступеня макросоціальної ДА: за відсутності ознак ДА – у 22,9 % обстежених, за ДА легкого ступеня – у 31,5 %, за ДА помірного ступеня – у 59,2 % і за тяжкої ДА – у 76,7 %.

Узагальнені дані щодо кількісних показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з макросоціальною ДА різного ступеня вираженості наведено в *табл. 2*.

Як видно з даних *табл. 2*, обстеженим жінкам притаманна тенденція до збільшення показників сімейної провини, сімейної тривож-

ності та сімейної напруженості пропорційно збільшенню тяжкості макросоціальної ДА.

Середній показник сімейної провини в жінок без ознак макросоціальної ДА дорівнював $(3,81 \pm 2,52)$ бала, з ознаками ДА легкого ступеня – $(4,85 \pm 2,27)$ бала, із ознаками ДА помірного ступеня – $(5,46 \pm 2,06)$ бала, з ознаками ДА тяжкого ступеня – $(6,45 \pm 0,98)$ бала; середній показник сімейної тривожності – відповідно $(3,58 \pm 2,74)$; $(2,60 \pm 2,85)$; $(5,21 \pm 2,36)$ та $(6,67 \pm 1,00)$ бал, середній показник сімейної напруженості – відповідно $(1,23 \pm 2,30)$; $(1,71 \pm 2,56)$; $(3,34 \pm 2,84)$ та $(4,68 \pm 2,71)$ бала. Загальний рівень сімейної тривожності в жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак макросоціальної ДА становив $(12,85 \pm 2,71)$ бала, з ознаками макросоціальної ДА легкого ступеня – $(13,89 \pm 2,16)$ бала, з ознаками ДА помірного ступеня – $(16,24 \pm 2,19)$ бала, з ознаками ДА тяжкого ступеня – $(18,75 \pm 1,88)$ бала. Найменш виражені відмінності встановлено між показниками жінок груп без ознак ДА та з ознаками ДА легкого ступеня: значущі розбіжності виявлено для сімейної провини ($p < 0,01$) і загального рівня сімейної тривожності ($p < 0,05$). При порівнянні всіх інших груп між собою виявлено значущі розбіжності для всіх варіантів порівняння за всіма досліджуваними показниками ($p < 0,01$).

Таблиця 2. Показники сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з макросоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості, бали

Показник	ДА за ступенем вираженості			
	без ознак	легка	помірна	тяжка
Сімейна провина	3,81±2,52	4,85±2,27 p<0,01	5,46±2,06 p, p ₁ <0,01	6,45±0,98 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна тривожність	3,58±2,74	2,60±2,85 p>0,05	5,21±2,36 p, p ₁ <0,01	6,67±1,00 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна напруженість	1,23±2,30	1,71±2,56 p>0,05	3,34±2,84 p, p ₁ <0,01	4,68±2,71 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	12,85±2,71	13,89±2,16 p<0,05	16,24±2,19 p, p ₁ <0,01	18,75±1,88 p, p ₁ , p ₂ <0,01

Примітка. Рівень статистичної значущості розбіжностей при порівнянні показника з таким у жінок: p – без ознак дезадаптації; p₁ – з дезадаптацією легкого ступеня вираженості; p₂ – з дезадаптацією помірного ступеня. Тут і в табл. 3, 4.

Схожі закономірності мали місце за мезосоціальною ДА (рис. 2). Частка жінок із проявами сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості зростала зі збільшенням ступеня мезосоціальної ДА. При цьому прояви сімейної провини і сімейної тривожності виявлено в усіх хворих із високим ступенем мезосоціальної ДА. Прояви сімейної провини спостерігались у 70,8 % жінок без ознак мезосоціальної ДА, у 82,6 % жінок з ознаками ДА легкого ступеня, у 93,3 % жінок з ознаками ДА помірного ступеня та у 100,0 % жінок з ознаками важкого ступеня; прояви сімейної провини – відповідно у 64,6; 51,2; 90,0 та 100,0 % жінок, прояви сімейної напруженості – відповідно у 22,9; 36,0; 66,7 та 71,4 % жінок.

Узагальнені дані щодо кількісних показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з мезосоціальною ДА різного ступеня вираженості наведено в табл. 3.

Для мезосоціальної ДА також характерні тенденції до збільшення кількісних показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в міру збільшення ступеня ДА. Так, середній показник сімейної провини в жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак мезосоціальної ДА становив (3,81±2,52) бала, з ознаками мезосоціальної ДА легкого ступеня – (4,83±2,33) бала, з ДА помірного ступеня – (5,86±1,69) бала, з ДА важкого ступеня – (6,68±0,48) бала; показник сімейної

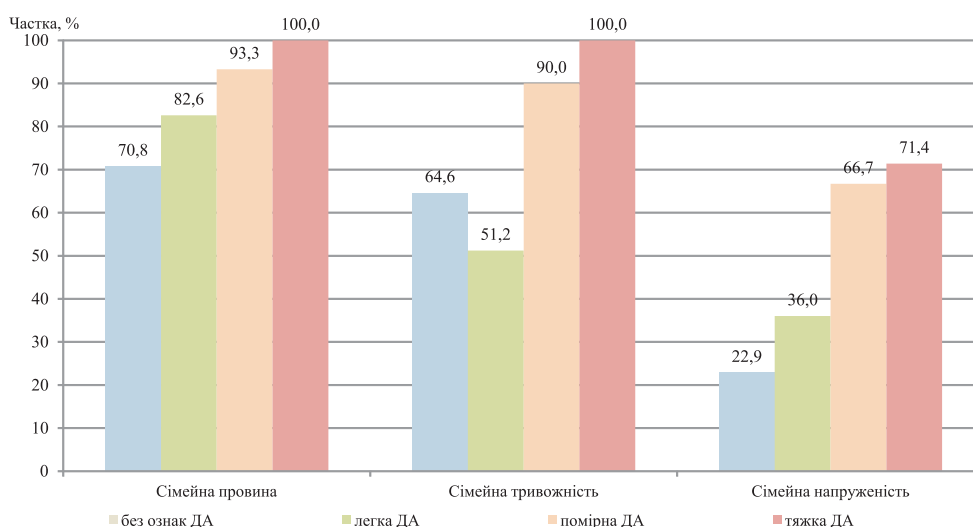


Рис. 2. Частка жінок із проявами сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості серед обстежених з мезосоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості

Таблиця 3. Показники сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, із мезосоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості, бали

Показник	ДА за ступенем вираженості			
	без ознак	легка	помірна	тяжка
Сімейна провина	3,81±2,52	4,83±2,33 p<0,01	5,86±1,69 p, p ₁ <0,01	6,68±0,48 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна тривожність	3,58±2,74	2,91±2,91 p>0,05	5,79±2,06 p, p ₁ <0,01	6,75±0,52 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна напруженість	1,23±2,30	1,94±2,62 p>0,05	3,88±2,82 p, p ₁ <0,01	4,54±3,00 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	12,85±2,71	14,10±2,20 p<0,05	17,19±2,32 p, p ₁ <0,01	19,00±1,78 p, p ₁ , p ₂ <0,01

тривожності – відповідно (3,58±2,74); (2,91±2,91); (5,79±2,06) та (6,75±0,52) бала; показник сімейної напруженості – відповідно (1,23±2,30); (1,94±2,62); (3,88±2,82) та (4,54±3,00) бали. Загальний рівень сімейної тривожності в жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак мезосоціальної ДА дорівнював (12,85±2,71) бала, з ознаками ДА легкого ступеня – (14,10±2,20) бала, з ДА помірного ступеня – (17,19±2,32) бала, з ДА тяжкого ступеня – (19,00±1,78) бала.

Як і за макросоціальної ДА, при мезосоціальній ДА відмінності були найменшими при порівнянні груп без ознак ДА та з ознаками ДА легкого ступеня, де значущі розбіжності виявлено для сімейної провини (p<0,01) і загального рівня сімейної тривожності (p<0,05). Для решти показників, крім показника сімейної напруженості при порівнянні груп помірної та тяжкої ДА, розбіжності були значущими для всіх варіантів порівняння за всіма дослідженими показниками (p<0,01).

За аналізу особливостей проявів сімейної провини, сімейної тривожності та сімейного напруження при мікросоціальній ДА різного ступеня вираженості встановлено закономірності, близькі до тих, які було виявлено для макросоціальної та мезосоціальної ДА (рис. 3).

Загалом, частка жінок з ознаками сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості збільшувалась зі збільшенням ступеня мікросоціальної ДА. Так, прояви сімейної провини виявлено у 70,8 % жінок без ознак мікросоціальної ДА, у 71,9 % жінок з ознаками ДА легкого ступеня, у 92,2 % жінок з ознаками ДА помірного ступеня та у 93,7 % жінок з ознаками ДА тяжкого ступеня. Прояви сімейної тривожності спостерігались у 64,6 % жінок без ознак мікросоціальної ДА,

у 46,9 % жінок з ознаками ДА легкого ступеня, у 62,3 % – з ознаками помірного ступеня та у 94,7 % – з ознаками мікросоціальної ДА тяжкого ступеня.

При аналізі кількісних показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з мікросоціальною ДА різного ступеня вираженості було виявлено тенденцію до збільшення показників паралельно збільшеному ступеню тяжкості ДА.

Узагальнені дані щодо кількісних показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з мікросоціальною ДА різного ступеня вираженості наведено в табл. 4.

Середній показник сімейної провини в жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак мікросоціальної ДА дорівнював (3,81±2,52) бала, з ознаками мікросоціальної ДА легкого ступеня – (4,09±2,67) бала, з ознаками мікросоціальної ДА помірного ступеня – (5,56±1,78) бала, з ознаками мікросоціальної ДА тяжкого ступеня – (6,00±1,67) бала; показник сімейної тривожності – відповідно (3,58±2,74); (2,56±2,79); (3,69±2,97) та (6,25±1,60) бала; сімейної напруженості – відповідно (1,23±2,30); (1,19±2,29); (2,51±2,79) та (4,34±2,77) бала. Загальний рівень сімейної тривожності в жінок, хворих на депресивні розлади, без ознак мікросоціальної ДА становив (12,85±2,71) бала, з ознаками легкої ДА – (13,34±2,04) бала, з ознаками помірної ДА – (15,12±2,35) бала, з ознаками тяжкої ДА – (17,91±2,27) бала.

При порівнянні показників окремих груп за ступенем мікросоціальної ДА було виявлено такі значущі розбіжності: при порівнянні груп без ознак ДА та з помірною ДА – за всіма показниками, крім сімейної тривожності (p<0,01);

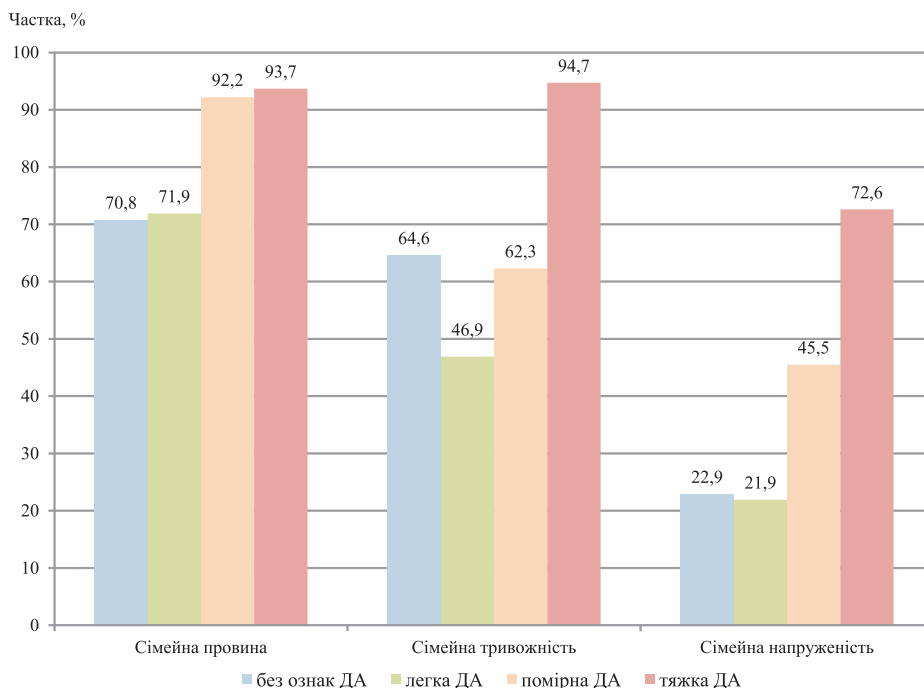


Рис. 3. Частка жінок із проявами сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості серед обстежених з мікросоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості

Таблиця 4. Показники сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в жінок, хворих на депресивні розлади, з мікросоціальною дезадаптацією різного ступеня вираженості, бали

Показник	ДА за ступенем вираженості			
	без ознак	легка	помірна	тяжка
Сімейна провина	3,81±2,52	4,09±2,67 p>0,05	5,56±1,78 p, p ₁ <0,01	6,00±1,67 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна тривожність	3,58±2,74	2,56±2,79 p>0,05	3,69±2,97 p>0,05 p ₁ <0,05	6,25±1,60 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Сімейна напруженість	1,23±2,30	1,19±2,29 p>0,05	2,51±2,79 p<0,01 p ₁ <0,05	4,34±2,77 p, p ₁ , p ₂ <0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	12,85±2,71	13,34±2,04 p>0,05	15,12±2,35 p, p ₁ <0,01	17,91±2,27 p, p ₁ , p ₂ <0,01

при порівнянні груп без ознак ДА і з тяжкою ДА – за всіма показниками ($p<0,01$); при порівнянні груп з легкою і помірною ДА – за показниками сімейної провини і загального рівня сімейної тривожності ($p<0,01$) та сімейної тривожності і сімейної напруженості ($p<0,05$); при порівнянні груп з легкою і тяжкою ДА, а також з помірною і тяжкою ДА – за всіма показниками ($p<0,01$).

Висновок

Виявлено важливі закономірності щодо співвідношення макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації і сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної на-

пруженості, а саме: загальну тенденцію до збільшення показників сімейної провини, сімейної тривожності та сімейної напруженості в міру збільшення ступеня макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації. При цьому найбільші відмінності показників спостерігались між групами з помірною і тяжкою дезадаптацією, а найменші – між групами без ознак дезадаптації та з ознаками легкої дезадаптації.

Створення персоналізованих заходів психосоціальної реабілітації з урахуванням отриманих результатів становить **перспективу даної роботи**.

Список літератури

1. Волошин П. В. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2017. – Т. 25, вип. 1 (90). – С. 10–18.
2. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 1 (82). – С. 5–11.
3. Михайлов Б. В. Фармакодинамічні механізми терапевтичної дії і побічних ефектів антидепресантів / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 22, вип. 2 (79). – С. 103–106.
4. Нециркулярні депресії : монографія / [за ред. О. К. Напрєєнка]. – К. : Софія-А, 2013. – 624 с.
5. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» – на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // *Medix. AntiAging*. – 2009. – № 5 (11). – С. 18–22.
6. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *НейроNews*. – 2013. – № 8 (53). – С. 16–20.
7. Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади : метод. рекомендації / [Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко та ін.]. – Харків : М-во охорони здоров'я України; АМН України, 2011. – 17 с.
8. Рахман Л. В. Клінічний профіль та моделі родинної взаємодії при терапевтично резистентних депресіях / Л. В. Рахман // *Медична психологія*. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 52–56.
9. Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури / Р. І. Ісаков // *Психіатрія, неврологія, медична психологія*. – 2018. – № 9. – С. 82–92.
10. Ісаков Р. І. Порівняльний аналіз вираженості психосоціальної дезадаптації й афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу / Р. І. Ісаков // Український вісник психоневрології. – 2018. – Т. 26, вип. 3 (96). – С. 20–26.
11. Системная семейная психотерапия / [под. ред. Э. Г. Эйдемиллера]. – Москва – Харьков – Минск : Питер, 2002. – С. 83–95.

References

1. Voloshin P.V., Maruta N.O. (2017). Osnovni napriamky naukovykh rozrobok v nevrolohii, psykhiatrii ta narkolohii v Ukraini [The main directions of scientific developments in neurology, psychiatry and narcology in Ukraine]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 25, issue 1 (90), pp. 10–18 [in Ukrainian].
2. Voloshyn P.V., Maruta N.O. (2015). Stratehiia okhorony psykhichnoho zdorovia naseleennia Ukrainy: suchasni mozhlyvosti ta pereshkody [Strategy of mental health protection of the population of Ukraine: modern opportunities and obstacles]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 23, issue 1 (82), pp. 5–11 [in Ukrainian].
3. Mykhailov B.V. (2015). Farmakodynamichni mekhanizmy terapevtychnoi dii i pobichnykh effektiv antydepresantiv [Pharmacodynamic mechanisms of therapeutic action and side effects of antidepressants]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 22, issue 2 (79), pp. 103–106 [in Ukrainian].
4. Naprieienko O.K. (Eds.). (2013). *Netsyrkuliarni depresii (monohrafiia) [Non-circular depressions (monograph)]*. Kyiv: Cofiiia-A, 624 p. [in Ukrainian].
5. Markova M.V. (2009). Depressivnyie rasstroistva v seti pervichnoi meditsinskoj pomoshchi: iz «diahnosticheskikh nevidimok» – na arenu obschemeditsinskoj praktiki [Depressive disorders in the primary health care network: from the «diagnostic invisibility» to the arena of general medical practice]. *Medix. AntiAging*, № 5 (11), pp. 18–22 [in Russian].
6. Maruta N.A. (2013). Vosstanovleniie sotsialnogo funktsionirovaniia – osnovnaia tsel terapii depressii [Social recovery is the primary goal of depression therapy]. *НейроNews*, № 8 (53), pp. 16–20 [in Russian].

7. Maruta N.O., Bacherykov A.M., Tkachenko T.V. et al. (2011). *Diahnostyka prykhovanykh suitsydalnykh namiriv u khvorykh na psykhiichni rozlady: metodychni rekomendatsii [Diagnosis of latent suicidal ideation in patients with mental disorders: guidelines]*. Kharkiv: Ministerstvovo okhorony zdorovia Ukrainy; AMN Ukrainy, 17 p. [in Ukrainian].

8. Rakhman L.V. (2015). Klinichniy profil ta modeli rodynnoi vzaiemodii pry terapevtychno rezystentnykh depresiakh [Clinical profile and models of family interaction in therapeutically resistant depression]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 10, № 3, pp. 52–56 [in Ukrainian].

9. Isakov R.I. (2018). Psykhosotsialna dezadaptatsiia u zhinok z depresyvnymy rozladamy riznoho henezu: osoblyvosti diahnozyky, vyrazhenosti i struktury [Psychosocial maladaptation in women with depressive disorders of different genesis: features of diagnosis, severity and structure]. *Psykhiatriia, nevrolohiia, medychna psykholohiia – Psychiatry, Neurology, Medical Psychology*, № 9, pp. 82–92 [in Ukrainian].

10. Isakov R.I. (2018). Porivnialnyi analiz vyrazhenosti psykhosotsialnoi dezadaptatsii i afektyvnoi symptomatyky u zhinok, khvorykh na depresyvni rozlady riznoho henezu [Comparative analysis of the severity of psychosocial maladaptation and affective symptoms in women with depressive disorders of various origins]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, vol. 26, issue 3 (96), pp. 20–26 [in Ukrainian].

11. Eidemiller E.H. (Eds.). (2002). *Sistemnaia semeinaia psikhoterapiia [Systemic family psychotherapy]*. Moscow – Kharkov – Minsk: Piter, pp. 83–95 [in Russian].

R.I. Isakov

АНАЛИЗ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОГИ У ЖЕНЩИН С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА И МАКРО-, МЕЗО- И МИКРОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ РАЗНОЙ ВЫРАЖЕННОСТИ

Обследованы 252 женщины с депрессивными расстройствами: 94 человека с психогенной (продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации), 83 женщины с эндогенной (депрессивный эпизод; рекуррентно депрессивное расстройство; биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод депрессии) и 75 пациенток с органической депрессией (органические аффективные расстройства). 48 женщин не имели признаков психосоциальной дезадаптации, у остальных 204 установлены проявления макро-, мезо- и микросоциальной дезадаптации различной выраженности. Исследованы особенности семейной тревоги у женщин с депрессией различного генеза и разной выраженности макро-, мезо- и микросоциальной дезадаптации для определения целевых мишеней дифференцированной психосоциальной реабилитации пациентов данного контингента. Используются клинико-психопатологический и психодиагностический методы. Выявлена общая тенденция к увеличению показателей семейной вины, семейной тревожности и семейной напряженности по мере увеличения степени макро-, мезо- и микросоциальной дезадаптации. При этом наибольшие различия показателей наблюдались между группами с умеренной и тяжелой дезадаптацией, а наименьшие – между группами без признаков дезадаптации и с признаками легкой дезадаптации. Полученные данные следует учитывать при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий для пациентов данного контингента.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, макросоциальная дезадаптация, мезосоциальная дезадаптация, микросоциальная дезадаптация, семейная тревога женщины.

R.I. Isakov

ANALYSIS OF FAMILY ANXIETY IN WOMEN WITH DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT GENESIS AND MACROSOCIAL, MESOSOCIAL AND MICROSOCIAL MALADAPTATION OF DIFFERENT EXPRESSION

252 women with depressive disorders were examined: 94 people were with psychogenic (prolonged depressive reaction caused by adjustment disorder), 83 women were with endogenous (depressive episode; recurrent depressive disorder; bipolar disorder, current episode of depression) and 75 patients were with organic depression (organic affective disorders). 48 women had no signs of psychosocial maladaptation, the remaining 204 had manifestations of macrosocial, mesosocial and microsocioal maladaptation of varying severity. The features of family anxiety in women with depression of various origins and different severity of macrosocial, mesosocial and microsocioal maladaptation were investigated in order to determine the

target targets of differentiated psychosocial rehabilitation of patients in this contingent. Clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods were used. There was revealed a general tendency towards an increase in the indicators of family guilt, family anxiety and family tension as the degree of macrosocial, mesosocial and microsial maladaptation increased. At the same time, the greatest differences in indicators were observed between the groups with moderate and severe disadaptation, and the smallest differences were observed between the groups without signs of maladaptation and with signs of mild maladaptation. The data obtained should be taken into account when developing treatment and rehabilitation measures for patients of this contingent.

Keywords: *depressive disorders, macrosocial maladaptation, mesosocial maladaptation, microsial maladaptation, family anxiety of a woman.*

Надійшла 25.06.19

Відомості про автора

Ісаков Рустам Ісройлович – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Адреса: 36013, м. Полтава, вул. Медична, 1, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія».

Тел.: +38(050)405-01-96.

E-mail: drrust@bigmir.net.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9127-2930>.