

3. Tchervenkov C. Congenital heart surgery nomenclature and database project: pulmonary atresia and ventricular septal defect / C. Tchervenkov, N. Roy // *Ann. Thorac. Surg.* — 2000. — Vol. 69. — Suppl. — P. 97-105.

4. Haworth S. Growth and development of pulmonary circulation in pulmonary atresia with v. s. d. and major aortopulmonary collaterals / S. Haworth, F. Macartney // *Br. Heart. J.* — 1982. — Vol. 44. — P. 14-24.

5. Early and intermediate outcomes after repair of pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collateral arteries: experience with 85 patients / V. Reddy, D. McElhinney, Z. Amin [et al.] // *Circulation.* — 2000. — Vol. 101. — P. 1826-1832.

6. Independent factors associated with mortality, reintervention, and achievement of complete repair in children with pulmonary atresia with ventricular septal defect / K. Amark, T. Karamlou, A. O'Carroll [et al.] // *J. of the American College of Cardiology.* — 2006. — Vol. 47, N 7. — P. 1448-1456.

7. Early and long-term results of the surgical treatment of tetralogy of Fallot with pulmonary atresia, with or without major aortopulmonary collateral arteries / J. Cho, F. Puga, G. Danielson [et al.] // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 2002. — Vol. 124. — P. 70-81.

8. Right ventricular outflow tract reconstruction with a PTFE monocusp valve: a twelve — year experience / J. W. Brown, M. Ruzmetov, P. Vijay [et al.] //

J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 2007. — Vol. 133. — P. 1336-1343.

9. Одномоментна повна уніфокалізація та радикальна корекція атрезії легеневої артерії з дефектом міжшлункової перегородки та великими аортолегеневими колатеральними артеріями / О. Д. Бабляк, Р. І. Селелик, А. А. Довгалюк [та ін.] // *Щорічник наукових праць Асоціації ССХ України.* — К., 2008. — Вип. 16. — С. 33-36.

10. Морфологические особенности легочной ткани при врожденных пороках сердца с дефицитным кровотоком в легочной артерии / В. П. Захарова, Р. И. Лекан, Е. В. Руденко, О. Х. Каримов // *Патология.* — 2007. — Т. 4, № 3. — С. 23-27.

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

РЕЗУЛЬТАТИ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПАЦІЄНТОК З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПСИХОЗОМ ЗА ДОПОМОГОЮ КЛІНІЧНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА SCL-90-R

Одеський державний медичний університет

Вступ

У сучасній клінічній медицині дедалі більше значення надається підвищенню об'єктивності та швидкості діагностики. Це стосується, зокрема, і психічних розладів, діагностика яких значною мірою базується на рівні фахового досвіду, залежить від діагностичної школи й особистих пріоритетів психіатра та потребує достатньої кількості часу. Впровадження DSM-III [1] і подальших редакцій американської класифікації психічних розладів [2], принципи яких втілені у МКХ-10 [3], дало можливість уніфікувати діагностичні критерії психічних розладів, а розроблені на їх основі алгоритми діагностично-лікувальних заходів — прискорити діагностику та виробити найефек-

тивніші лікувальні підходи. У зв'язку з цим значного розповсюдження набули методи структурованого інтерв'ювання та використання опитувальників, спрямованих на виявлення психопатологічних симптомів. Одним із таких опитувальників, який широко використовується в клінічній психіатричній практиці багатьох країн Європи і Північної Америки, є SCL-90 (Symptoms Check List-90), який дозволяє зафіксувати суб'єктивне переживання пацієнтом основних груп психопатологічних симптомів, визначити ступінь їх вираженості та суб'єктивної тяжкості для пацієнта. В дослідженні ми спробували застосувати даний опитувальник до групи пацієнток з психотичними розладами, що вперше виникли в інволюційному віці, та зіставити отримані

результати з попередньо проведеним клініко-психопатологічним дослідженням даної вибірки, а також з даними SCL-90-R, отриманими в контрольній групі психічно здорових пацієнтів інволюційного віку.

Метою даного дослідження було вивчення показників «Багатопротиповного опитувальника виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R» у жінок з психічними розладами інволюційного віку та зіставлення результатів такого скринінгового методу з даними попередньо проведеного клініко-психопатологічного обстеження.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського дер-



жавного медичного університету (зав. кафедри, чл.-кор. АМН України, д-р мед. наук, проф. В. С. Бітенський), Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (зав. відділення д-р мед. наук, проф. О. С. Чабан).

Усього за період з січня 2003 р. по грудень 2007 р. сформовано вибірку з 234 пацієнтів. У вибірку включали усіх хворих інволюційного віку (45–60 років), які надійшли у психіатричний стаціонар вперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Після вилучення неправильно заповнених опитувальників у основній вибірці залишилося 197.

Контролем слугували результати анонімного обстеження 47 жінок (контрольна група) аналогічного віку, які у 2008 р. зверталися до лікарні загаль-

ного профілю з приводу соматичної патології.

Провідним методом дослідження, на якому у даній статті будуються висновки, було опитування за стандартизованим опитувальником самооцінки психічного статусу SCL-90-R.

Статистичний аналіз отриманих при порівнянні з контрольною групою даних здійснювався за допомогою програмних пакетів STATISTICA 7.0 і Microsoft EXCEL 2003 з інтегрованим додатком AtteStat 9.7.1, а також Інтернет-калькулятора SISA (Simple Interactive Statistical Analysis).

Середні значення кількісних показників за вибірками у тексті наведено у вигляді $M \pm m$, де M — середнє вибіркове, а m — похибка середнього. Кількісні показники виборок порівнювалися за такими методиками: медіанний тест Краскела — Уоліса, тести Вілкоксона та Манна — Уїтні, критерій серій Вальда — Вольфовіца, а також тест

Ван дер Вардена. В усіх процедурах статистичного аналізу, критичним порогом значення P вважався рівень **0,05**.

Задля осмислення внутрішньої логіки у показниках різних шкал SCL-90-R, до кількісних даних дослідної та контрольної виборок були застосовані методи дисперсійного аналізу ANOVA, дискримінантного аналізу та багатофакторний аналіз — статистичні методи, що досліджують кореляційні зв'язки між вибраними ознаками, закованими у шкалах опитувальника, та розкривають логіку цих зв'язків.

Результати дослідження та їх обговорення

Як видно з табл. 1, за основними шкалами опитувальника SCL-90-R досліджувані пацієнтки розподілялися на чотири підгрупи, що підтверджувалось дискримінантним аналізом (рис. 1) і збігалось з клінічними проявами психічної пато-

Таблиця 1

Показники опитувальника SCL-90-R у досліджуваних пацієнтів залежно від форми захворювання, $M \pm m$

Показники	Хворі, n=197			
	Маячний розлад, n=33	Іпохондрична депресія, n=56	Змішаний (депресивно-маячний) розлад, n=49	Тривожна депресія, n=59
Соматизація (SOM)	1,87±0,09 ^{#, ##}	2,25±0,09 ^{*, #, ##}	1,18±0,04	0,67±0,03
Обсесивність-компульсивність (О-С)	0,70±0,03 ^{#, ##}	0,8±0,03 ^{*, #, ##}	1,81±0,07 ^{##}	2,24±0,04
Інтровертованість/міжособистісна тривожність (INT)	1,31±0,05 ^{#, ##}	0,67±0,03 ^{*, #, ##}	2,33±0,05 ^{##}	3,03±0,05
Депресія (DEP)	1,00±0,04 ^{#, ##}	2,22±0,02 ^{*, #, ##}	2,01±0,02 ^{##}	3,04±0,05
Тривожність (ANX)	2,24±0,05 ^{#, ##}	2,02±0,03 ^{*, #, ##}	1,74±0,03 ^{##}	0,83±0,02
Ворожість (HOS)	2,33±0,05 ^{#, ##}	1,18±0,04 ^{*, ##}	1,04±0,05 ^{##}	1,33±0,04
Фобія (PHOB)	0,85±0,03 ^{#, ##}	0,29±0,02 ^{*, #, ##}	1,53±0,03 ^{##}	2,28±0,04
Паранояльні тенденції (PAR)	3,58±0,04 ^{#, ##}	1,34±0,04 ^{#, ##, *}	1,84±0,04 ^{##}	1,08±0,04
Психотизм (PSY)	1,01±0,03 ^{#, ##}	1,01±0,02 ^{#, ##}	1,51±0,04	1,47±0,04
Загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI)	1,46±0,04 ^{#, ##}	1,31±0,03 ^{*, #, ##}	1,66±0,03 ^{##}	1,83±0,02
Додаткові питання (ADD)	1,14±0,03 ^{#, ##}	0,89±0,02 ^{*, #, ##}	2,28±0,04 ^{##}	1,86±0,04
Загальна сума позитивних відповідей (PST)	65,9±0,8 [#]	46,01±0,66 ^{*, #, ##}	68,16±0,65 ^{##}	64,44±0,71
Індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI)	2,03±0,03 ^{#, ##}	2,71±0,01 ^{*, #, ##}	2,22±0,02	2,46±0,02

Примітка. * — статистична значущість відмінностей з показниками групи з маячними розладами, $P < 0,05$; # — статистична значущість відмінностей з показниками змішаної групи, $P < 0,05$; ## — статистична значущість відмінностей з показниками групи тривожної депресії, $P < 0,05$.



логії. Середні значення показників за всіма шкалами значуще перевищували відповідні середні показники контрольної групи (табл. 2). Слід зазначити, що результати дискримінантного аналізу показників опитувальника SCL-90-R, поряд з поділом досліджуваної когорти на чотири підгрупи, показували також тенденцію до «парування» цих чотирьох підгруп у дві пари:

1) маячний розлад (інволюційний параноїд) та іпохондрична депресія;

2) змішаний розлад і тривожна депресія (див. рис. 1).

Психічні розлади в усіх пацієнток досліджуваної когорти являли собою поєднання порушень емоційної сфери та сфери мислення. Різних аспектів цих розладів торкалися питання опитувальника, аналіз яких виявив такі результати. Зокрема, показник депресії був найвищим у групі тривожної депресії (3,04) і найнижчим — у групі маячного розладу (інволюційного параноїду) (1,0), у групі іпохондричної депресії і групі змішаного депресивно-маячного розладу показник депресії становив 2,22 і 2,01 відповідно; у контрольній групі цей показник був 0,38. Такий розподіл наочно підтверджується даними дисперсійного аналізу ANOVA (рис. 2).

У всіх пацієнток був знижений настрій: від невдоволення та відносно незначної похмурості, пояснюваних утисками і переслідуваннями, зокрема отрусненням, з боку близького оточення у пацієнток із маячним розладом, до вираженої туги й аж до тривожно-тужливої несамовитості у пацієнток з тривожною депресією; у групі пацієнток з іпохондричною депресією переважали прояви депресії середньої тяжкості, а в групі змішаного депресивно-маячного розладу глибина депресії коливалася від легкої до середньої / тяжкої як у різних пацієнток, так і у кожному окремо взятому випадку протягом часу клінічного спостереження. Усім па-

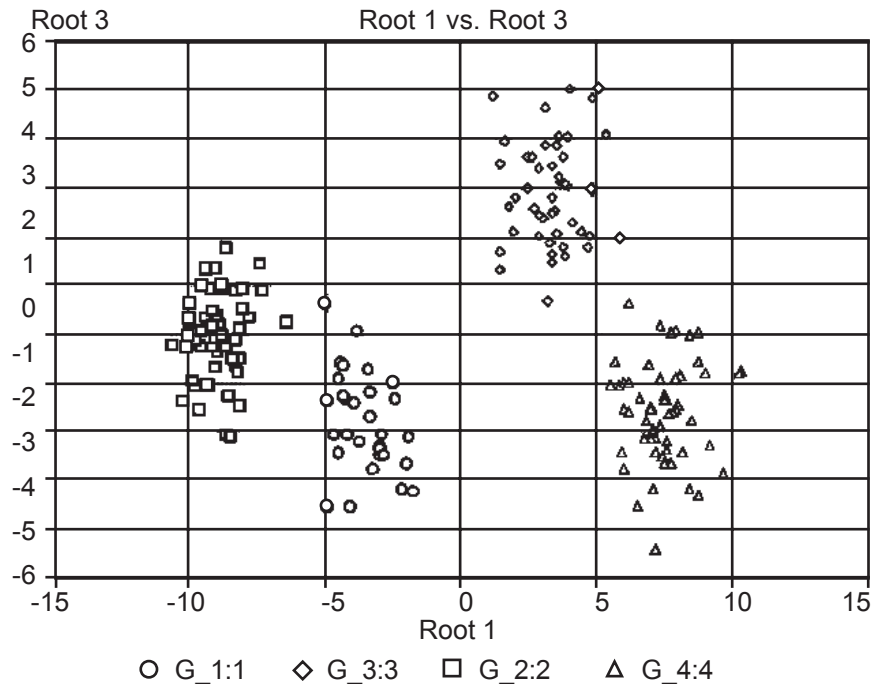


Рис. 1. Результат дискримінантного аналізу всіх показників опитувальника SCL-90-R різних підгруп хворих з інволюційним психозом

Таблиця 2

Показники опитувальника SCL-90-R у дослідній і контрольній групах, M±m

Показники	Хворі, n=198	Контроль, n=47
Соматизація (SOM)	1,37±0,05*	0,33±0,02
Обсесивність-компульсивність (О-С)	1,28±0,04*	0,39±0,02
Інтровертованість/міжособистісна тривожність (INT)	1,65±0,05*	0,31±0,02
Депресія (DEP)	1,88±0,03*	0,38±0,03
Тривожність (ANX)	2,18±0,04*	0,43±0,03
Ворожість (HOS)	1,29±0,04*	0,40±0,02
Фобія (PHOB)	1,03±0,03*	0,29±0,03
Паранояльні тенденції (PAR)	1,67±0,07*	0,37±0,02
Психотизм (PSY)	1,28±0,02*	0,22±0,02
Загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI)	1,56±0,02*	0,32±0,02

Примітка. * — відмінності між вибірками вірогідні (P<0,05).

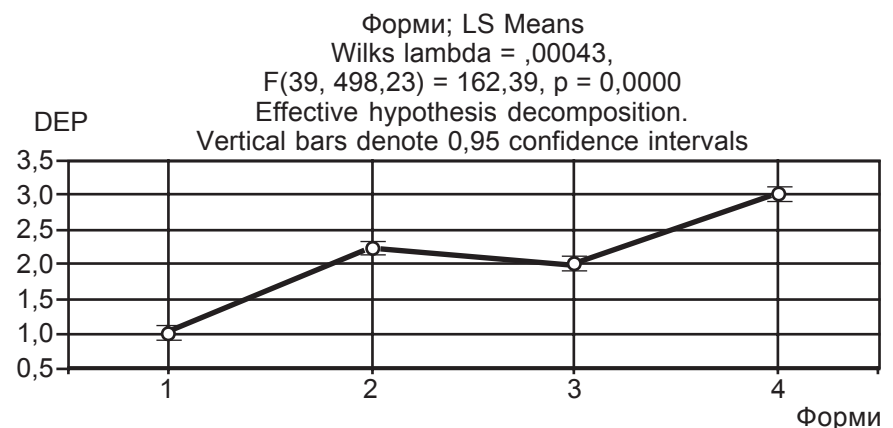


Рис. 2. Результати дисперсійного аналізу ANOVA показника депресії опитувальника SCL-90-R у різних підгрупах хворих з інволюційним психозом



цієнткам були притаманні соматичні прояви депресії, які в одних випадках вербалізувалися пацієнтками, що проявлялось як скаргами, так і показниками опитувальника вираженості клінічних симптомів SCL-90-R (див. нижче показники соматизації), в інших — здебільшого поведінковими реакціями, що підтверджувалося детальним клінічним дослідженням.

Хоча більшість пацієнток відмічали зниження мотивацій, втрату інтересу до діяльності, важкість у тілі, їм не була властива типова для класичної депресії рухова загальмованість; скоріше переважала тенденція до автоматичного, іноді «роботоподібного», повторення звичних рутинних дій (прибирання, перетирання посуду, розглядання старих фотографій або переключення телевізійних каналів тощо), що іноді нагадувало ритуали; випадки, описувані як класична тривожна ажитація, траплялися рідко й являли собою короточасні епізоди, проявляючись зокрема імпульсивною суїцидальною активністю. Отже, шкала депресії, будучи присутньою в усіх чотирьох підгрупах, утворювала певний континуум з максимальною представленістю в підгрупі тривожної депресії та найменшою — у підгрупі маячного розладу (інволюційного параноїду).

Протилежна картина за вектором представленості симптоматики у підгрупах спостерігалася щодо показника паранояльних тенденцій: найвище значення показника (3,58) — у підгрупі маячного розладу, найнижче серед досліджуваних підгруп (1,08) — у підгрупі тривожної депресії; в підгрупах іпохондричної депресії та змішаного депресивно-маячного розладу цей показник становив 1,34 і 1,84 відповідно; в контрольній групі — 0,37 (див. табл. 1, 2). Такий розподіл наглядно ілюструється за допомогою дисперсійного аналізу ANOVA (рис. 3).

Усім досліджуваним пацієнткам були притаманні розлади у

сфері суджень: від надцінної фіксації на неприємних подіях і власному самопочутті до яскраво виражених маячних ідей з оманами сприйняття (частіше у вигляді інтерпретативних ілюзій), від типових для депресивного маячення іпохондричних та нігілістичних ідей до чітко окресленого персекуторного маячення (при інволюційному параноїді). Змістовий континуум маячних ідей даної когорти пацієнток можна розглядати в таких двох аспектах:

1) типові депресивні маячні ідеї самозвинувачення, самоосуду, гріховності → ідеї звинувачування й осуду з боку інших людей (переважно близького оточення) → утиски та переслідування з боку інших людей (переважно близького оточення);

2) іпохондричні ідеї наявності невиліковного захворювання → «велике» іпохондричне і нігілістичне маячення («все згнило всередині» (клінічно спостерігалось лише у двох випадках)) → інтерпретація поганого самопочуття в рамках персекуторного (отруєння, ворожба недоброзичливців). Можна також сказати, що (1) перший аспект презентує дихотомічну вісь «голотимність — кататимність», а (2) другий — дихотомічну вісь «псевдоневротичність — психотичність».

Отже, шкала параноїду, подібно до шкали депресії, утворювала певний континуум, од-

нак протилежного напрямку: у підгрупі маячного розладу (інволюційного параноїду) параноїдна симптоматика була дуже вираженою, а депресивна шкала, натомість, мала найнижчі показники, і навпаки — в підгрупі тривожної депресії параноїдні тенденції були слабко виражені, на противагу високій напруженості депресивної шкали.

Таким чином, можна говорити про наявність певного психопатологічного афективно-маячного континууму в усіх чотирьох виділених нами формах психотичних розладів з дебютом в інволюційному віці. Це наближує клінічні прояви психотичних розладів інволюційного віку до реактивних психозів, оскільки саме ці два вектори є основними в опрацюванні травматичних подій. На це вказують А. Б. Смулевич [4], який виділяв серед форм реактивних депресій істеричний варіант, що за багатьма клінічними проявами збігається з іпохондричним варіантом досліджуваної когорти, та тривожний варіант з ажитацією; С. Г. Жислін [5] виділяв групу затяжних депресивно-параноїдних реакцій з ідеями відношення і звинувачення, які виникали на фоні різкої зміни життєвої ситуації, а також вказував на суттєву роль ситуаційного фактора у формуванні затяжних параноїдних реакцій в інволюційному періоді. Однак від-

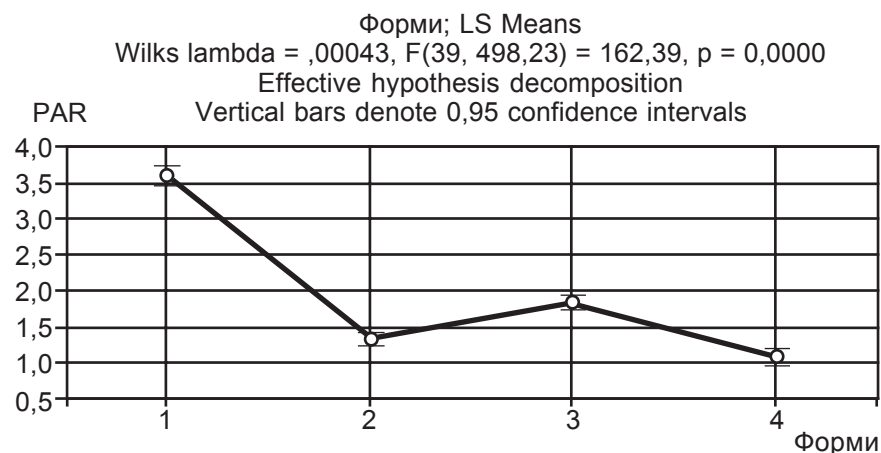


Рис. 3. Результати дисперсійного аналізу ANOVA показника паранояльних тенденцій опитувальника SCL-90-R у різних підгрупах хворих з інволюційним психозом: 1 — маячний розлад; 2 — іпохондрична депресія; 3 — змішаний розлад; 4 — тривожна депресія

сутність конкретного чітко верифікованого у часі стресового фактора, а за його наявності — відсутність звучання його в психопатологічних переживаннях, а також особливості затяжного (у разі депресивного розладу) або рекурентного (у разі маячного розладу) перебігу не давали підстав для впевненого визначення психогенної природи цих розладів (адже не виконувалися всі критерії психогенної триади К. Ясперса [6]).

Згідно з даними табл. 2, показник шкали соматизації за SCL-90-R у всіх чотирьох категоріях пацієнток був значно вищим, ніж у пацієнток контрольної групи (в середньому 1,37 і 0,33 відповідно). Соматизація у пацієнток проявлялась як симптомами, типовими для депресії (стискання в грудях, головний біль, важкість у всьому тілі), так і симптомами, більш притаманними конверсійним розладам (відчуття клубка у горлі, заніміння, «мурашки» тощо). Як видно із табл. 1, найбільш високі показники соматизації виявлені у групі іпохондричної депресії (ІД) — 2,25 і маячного розладу (МР) — 1,87. Показник соматизації виявляв кореляцію з показником шкали тривожності, що частково можна пояснити наявністю в питаннях опитувальника соматичного компонента тривоги (напади тремтіння, серцебиття) та почуття небезпеки, невідворотного нещастя. Найвищі показники шкали тривожності спостерігалися відповідно в підгрупах МР — 2,24 й ІД — 2,02, що значно вище за середній показник у контрольній групі (0,43) та показники решти двох підгруп: змішаний розлад (ЗР) — 1,74, тривожна депресія (ТД) — 0,83. Можна стверджувати, що за показниками шкал соматизації та тривожності підгрупи МР (інволюційного параноїду) й ІД «парувалися», відокремлюючись від двох інших підгруп (тривожна депресія та змішаний афективно-маячний розлад).

Цікаво, що в останній підгрупі тривога (тривожна депресія), що виразно проявлялася клінічно, не дістала свого суб'єктивного відображення і відзначалася порівняно невисокими середніми показниками. Частково це можна пояснити переважанням в опитувальнику характеристик зовнішніх проявів тривоги, які не фіксувалися пацієнтками, а у випадках найбільш тяжкої тривожної ажитатії заповнення опитувальника взагалі унеможлиблювалось. Зі зменшенням гостроти тривожної ажитатії зовнішня тривога поступалася місцем внутрішній тривожній налаштованості, що відображається в питаннях шкали інтровертованості / міжособистісної тривожності, які в цій підгрупі були найвищими. Для усіх чотирьох груп досліджуваних пацієнток була притаманна тенденція до обмеження соціальних зв'язків, напруженість у стосунках з іншими людьми. Частково це було зумовлено почуттям меншовартості, невідповідності, побоюваннями, а іноді й упевненістю, що інші люди засуджують і звинувачують їх. Цей аспект клінічної симптоматики відображений у високих показниках інтровертованості / міжособистісної тривожності SCL-90-R, який у всіх досліджуваних групах є вищим за контрольний (див. табл. 1 і 2), а особливо високих значень досягає в підгрупах тривожної депресії (3,03) та змішаного депресивно-маячного розладу (2,33) проти 0,67 і 1,31 відповідно у підгрупах ІД та МР. Ці результати збігалися з даними клінічного інтерв'ювання пацієнток: хворі перших двох названих підгруп важче йшли на контакт, уникали будь-якого спілкування, часто були цілком поглинуті хворобливими переживаннями.

У табл. 1 і 2 ми можемо побачити, що аналогічну тенденцію виявлено при дослідженні показників obsесивності-компульсивності (ОК). Хоча в усіх досліджуваних групах його середнє значення було вищим,

ніж у контрольній групі (1,28 проти 0,39), найвищі показники тут відзначалися в групах тривожної депресії та змішаного депресивно-маячного розладу (2,24 і 1,81 відповідно порівняно з 0,7 і 0,8 у підгрупах МР й ІД). Підвищення показника obsесивності-компульсивності частково віддзеркалювало особливості когнітивної сфери, притаманні депресивному стану («зацикленість» на неприємних спогадах і думках, складність переключення). Пригадаємо, що вираженість депресії у цих двох групах пацієнток визначалась як клінічними спостереженнями, так і показниками SCL-90-R (2,01 у групі змішаного депресивно-маячного розладу і 3,04 у групі тривожної депресії проти 0,38 у контрольній групі). Крім того, саме в цих двох групах особливо яскраво проявлялися компульсивні повторення поведінкових схем і реакцій. З показником obsесивності-компульсивності частково корелює показник фобії (клінічно проявлялися нав'язливими страхами та побоюваннями), який в останніх двох групах досягав відповідно 1,53 і 2,28 проти 0,29 у контрольній групі. Відмітимо, що в підгрупі МР показник фобії становив 0,85, а в підгрупі ІД збігався з контрольною групою. Отже, можна говорити, що підгрупи змішаного депресивно-маячного розладу та тривожної депресії за показниками шкал інтровертованості / міжособистісної тривожності, obsесивності-компульсивності та фобії утворювали другу «пару» серед чотирьох виділених нами форм інволюційного психозу.

Показник шкали ворожості є найвищим у групі МР (інволюційного параноїду) — 2,33 і має відносно рівномірні величини в решті трьох досліджуваних групах (1,04–1,33), у контрольній групі цей показник — 0,4 (див. табл. 1, 2). Клінічно всі хворі тією чи іншою мірою виявляли негативну налашто-



ваність щодо інших людей, починаючи від небажання спілкуватися, дифузного почуття незадоволення й образи до оформлених персекуторних маячних ідей. Питома вага маячних ідей, переважно персекуторного змісту, найвищою була у підгрупі МР (інволюційного параноїду), чим і пояснюються отримані показники даної шкали.

Щодо показника психотизму, розбіжність у його величині невелика в усіх досліджуваних групах: як видно з табл. 1, він дорівнює 1,01, 1,01, 1,47 і 1,51 відповідно у підгрупах МР, ІД, змішаного розладу і тривожної депресії порівняно з 0,22 у контрольній групі, що, напевно, пояснюється включенням у цю шкалу питань щодо симптомів шизофренії та ознак депресивного епізоду, та проявів іпохондричного розладу, а також тим, що пацієнтки усіх чотирьох підгруп мали психоз. Тому дана шкала не може бути в нашому випадку досить інформативною щодо відмінностей між різними підгрупами.

У шкалі додаткових питань вони змістовно значною мірою збігалися з клінічними проявами депресії (порушення харчування, сну, почуття провини та думки про смерть). Найвищі результати за цією шкалою, як видно з табл. 1, виявлено у підгрупах змішаного розладу і тривожної депресії (2,28 і 1,86 відповідно), де напруженість депресивного афекту клінічно також була найвищою; у підгрупах МР (інволюційного параноїду) й ІД рівні за шкалою додаткових симптомів становили відповідно 1,14 і 0,89.

Робота з опитувальником SCL-90-R дає можливість визначити також показники додаткових шкал: загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI), який характеризує поточний стан і глибину розладу; індекс загального симптоматичного дистресу (ІЗСД), що характеризує тип реагування на взаємодію та загальну кількість ствердних відпові-

дей, яка необхідна для обчислення попереднього індексу.

Обчислювали GSI шляхом поділу загальної суми балів, набраних з усіх питань опитувальника, включно з додатковими, на загальну кількість питань опитувальника (90). Як видно з табл. 1, найнижчим цей індекс був у підгрупі ІД (1,31), що загалом корелювало з відносно нетяжким рівнем депресії у цих пацієнтів; у підгрупах МР (інволюційного параноїду), змішаного депресивно-маячного розладу і тривожної депресії цей показник був відповідно 1,46, 1,66 і 1,83. Він виразно корелював зі ступенем компліантності пацієнтів до застосованої терапії.

Деякі іншими були показники індексу наявного симптоматичного дистресу (ІНСД). Цей індекс обчислювали шляхом поділу загальної суми балів на кількість ствердних відповідей, він визначав, наскільки інтенсивно переживали пацієнти наявні у них симптоми. Як ми можемо бачити з даних табл. 1, показник у підгрупі ІД тут був найвищим — 2,76; у підгрупі тривожної депресії — 2,46; у підгрупі змішаного розладу — 2,22 і в групі МР (інволюційного параноїду) показник ІНСД був найнижчим — 2,03. Ці показники виявляли пряму кореляцію з суб'єктивним переживанням нездоров'я та з рівнем порушення соціального функціонування пацієнтів, яке було більш виражене у підгрупах іпохондричної та тривожної депресій. На нашу думку, ІНСД характеризує «его-дистонність» симптоматики і може бути ще однією ознакою дихотомічної осі «псевдоневротичність — психотичність» розладу.

Отже, поряд із виділенням чотирьох підгруп досліджуваних пацієнток за результатами опитувальника SCL-90R і клінічних досліджень, ми можемо констатувати:

— наявність двох протилежних спрямованих психопатологічних континуумів: депресивного

та маячного, що демонструється показниками відповідних шкал;

— виділення нами з чотирьох клінічних форм інволюційного психозу двох «пар», де підгрупи в «парі» найвиразніше корелюють між собою за двома кластерами клінічних симптомів: (1) соматизація — тривожність, що є об'єднуючим для «пари» МР (інволюційний параноїд) та ІД, і (2) інтровертованість / міжособистісна тривожність — обсесивність-компульсивність — фобія, що є об'єднуючим для «пари» змішаний депресивно-маячний розлад і тривожна депресія.

Крім того, за даними додаткових шкал можна отримати підтвердження клінічних спостережень щодо суб'єктивної тяжкості хворобливих переживань, яка не завжди корелює з рівнем об'єктивної тяжкості психопатологічних симптомів, а дані загального індексу вираженості симптоматики, ймовірно, можуть слугувати предиктором компліантності даної когорти пацієнтів до терапії (зрозуміло, що останнє припущення потребує подальшої розробки).

Перевіримо виявлений внутрішній зв'язок між вказаними шкалами опитувальника, а відтак і між названими «парами» клінічних форм інволюційного психозу за допомогою методу факторного аналізу — статистичного методу, який власне досліджує кореляційні зв'язки між вибраними ознаками та розкриває логіку цих зв'язків. У базу даних, що буде опрацьовуватися, вводяться показники шкал SCL-90 усіх пацієнтів досліджуваної вибірки (без поділу на клінічні форми), після цього спеціальна комп'ютерна програма (Statistics/Windows) вибудовує кореляційну матрицю (рис. 4).

Дані факторного аналізу свідчать (табл. 3):

— за першим фактором ми отримуємо вагомий значення тих самих шкал SCL-90, які «парують» чотири клінічні форми інволюційного психозу у дві «пари»



Factor Loadings, Factor 1 vs. Factor 2
Rotation: Unrotated
Extraction: Principal components

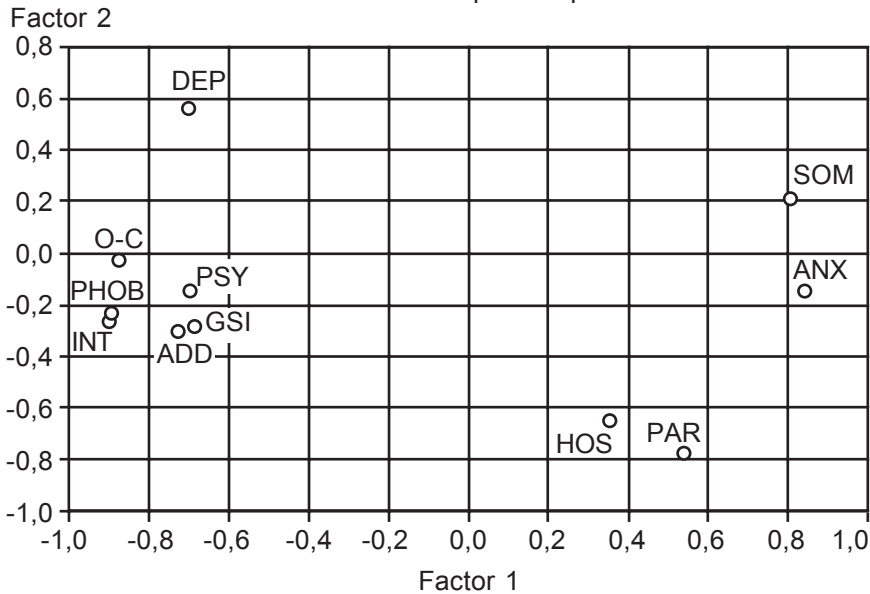


Рис. 4. Результати багатofакторного аналізу всіх показників опитувальника SCL-90-R різних підгруп хворих з інволюційним психозом

Результати багатofакторного аналізу
всіх показників опитувальника SCL-90-R різних підгруп
хворих з інволюційним психозом

Таблиця 3

Показник	Факторні навантаження	
	Фактор 1	Фактор 2
Соматизація (SOM)	0,804785	0,216616
Обсесивність-компульсивність (О-С)	-0,873264	-0,044110
Інтровертованість/міжособистісна тривожність (INT)	-0,895051	-0,257732
Депресія (DEP)	-0,703009	0,568552
Тривожність (ANX)	0,840899	-0,147835
Ворожість (HOS)	0,355732	-0,645327
Фобія (PHOB)	-0,899153	-0,239917
Паранояльні тенденції (PAR)	0,536006	-0,778251
Психотизм (PSY)	-0,698609	-0,139609
Загальний індекс тяжкості симптоматики (GSI)	-0,685010	-0,290359
Додаткові питання (ADD)	-0,724949	-0,296624

— шкали соматизації, тривожності та параноїду займають факторні навантаження зі знаком «+», які ніби «протистоять» шкалам обсесивності-компульсивності, інтровертованості / міжособистісної тривожності фобії та депресії, що виявляють факторні навантаження зі знаком «-», демонструючи тим самим фактор

«кластеризації» шкал, який ми схильні бачити в певних фенотипічних відмінностях особистісних механізмів адаптації й опрацювання тривоги у двох названих пар, а тому могли б назвати ще й фактором особистісного фенотипу пацієнтів;

— за другим фактором вагомого значення набули лише

дві шкали: шкала депресії та шкала параноїду, що підтверджує нашу констатацію симптоматичного континууму за цими двома шкалами, а тому другий фактор, очевидно, відображає певний універсальний механізм опрацювання переживань у пацієнтів з інволюційним психозом і може опосередковано свідчити на користь нашого припущення про спорідненість інволюційних і реактивних психозів (так само як і говорити про який-небудь інший універсальний механізм, наприклад, біологічний, що зумовлює переживання інволюційних хворих). Тому ми схильні інтерпретувати другий фактор як фактор універсального механізму переживань, властивих пацієнтам з інволюційним психозом.

Висновки

1. Маячна та депресивна симптоматика, згідно з показниками SCL-90-R, утворюють континууми депресивних переживань від незадоволення і похмурості до тяжкої психотичної депресії та маячних переживань від надцінної фіксації на неприємностях до розгорнутого нігілістичного маячення, від підвищеної чутливості та сенситивного маячення відношення до вираженого персекуторного маячення, що може свідчити про їх взаємну пов'язаність у спектрі переживань інволюційних пацієнтів.

2. За шкалами соматизації — тривожності й інтровертованості-обсесивно-компульсивності-фобії чотири підгрупи об'єднуються у дві пари ((1) маячний розлад та іпохондрична депресія; (2) змішаний розлад і тривожна депресія), що може свідчити про особливості опрацювання переживань, переважаючих копінгових механізмів і може бути пов'язане з особистісною структурою пацієнтів.

3. Після аналізу шкал можна припустити, що особистісна структура пацієнтів із маячним розладом має більше спільних



рис із особистісною структурою у пацієнтів групи ІД, тимчасом як особистісні структури змішаної та тривожної групи мають спорідненість між собою.

4. Отримані результати порівнювані із даними попередньо проведеного клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів дослідної вибірки і по суті підтверджують його.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*. 3rd Edition. Amer. Psychiat. Assoc DSM-III. — 1980.
2. *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*. — 2000. — Amer. Psychiat. Assoc DSM-IV-TR. — 4th Edition, Text Revision.
3. *Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями)* / под ред.

Дж. Э. Купер. — К. : Сфера, 2000. — 464 с.

4. *Руководство по психиатрии*. В 2-х томах. Т.1. / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская [и др.] ; под ред. А. С. Тиганова. — М. : Медицина, 1999. — 712 с.

5. *Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии* / С. Г. Жислин. — М. : Медицина, 1975.

6. *Ясперс К. Общая психопатология* / К. Ясперс; пер. с нем. — М. : Практика, 1997.

УДК 616-053.2:616-053.5

Ю. М. Романовська, В. Е. Маркевич, М. П. Загородній, І. Е. Зайцев ХАРАКТЕРОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНИМИ СТАНАМИ

Сумська обласна дитяча клінічна лікарня,
Сумський державний університет, Медичний інститут

Вступ

Залізодефіцитні стани (ЗДС) є однією з важливих проблем охорони здоров'я. Ще на початку 90-х років минулого століття ВООЗ ухвалила програму глобального оздоровлення населення Землі і зменшення поширеності дефіциту заліза (ДЗ) і анемії до 2000 р. Але, на жаль, ця програма не була виконана. Розповсюдженість ЗДС останніми роками не тільки не зменшилася, але у більшості країн навіть збільшилася.

Проблема ЗДС у дітей шкільного віку зумовлена наслідками, що виявляються на тлі цієї патології. Зважаючи на те, що одним із критеріїв індивідуального здоров'я є нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини, дослідженню цих питань приділяється багато уваги. Під час навчання в школі дитина вимушена пристосовуватися до нового середовища, відбувається її адаптація до нових умов. Залежно від зацікавленості учня в навчанні, відносин з однокласниками, виділяють рівні адаптації, і на кожному рівні важливого значення набуває психоемоційний стан дитини.

Психічний стан у значній мірі визначається спадковістю [1]. Вплив ЗДС на психічні стани (агресія, тривожність, стійкість до стресу, невротичні стани, емпатичні здібності, темперамент, імпульсивність) дітей шкільного віку вивчений недостатньо.

Метою даного дослідження є виявлення взаємозв'язків при залізодефіцитних станах на рівень порушень деяких психоемоційних показників у школярів старших класів.

Матеріали та методи дослідження

Для дослідження методом випадкової вибірки було обстежено 61 дитину без супровідної патології віком 14–16 років. Характерологічні показники вивчалися після комплексної оцінки стану їх здоров'я, виключення психічної та неврологічної патології (за даними амбулаторних карт).

Серед включених у дослідження дітей залежно від наявності ЗДС сформовано 2 групи: з виявленим ЗДС (32 дитини) та група контролю (29 дітей) — практично здорові діти без ознак ДЗ. До групи дітей із ЗДС зарахували дітей із показниками заліза сироватки крові

менше 14 мкмоль/л і рівнем загальної залізо зв'язувальної здатності сироватки крові (ЗЗЗС) вище 63 мкмоль/л. Рівень сироваткового заліза та ЗЗЗС досліджували фотометричним методом (аналізатор ФП-901М, фірми "Labsismets", Фінляндія), довжина хвилі 562 нм. Використовувалися тест-системи фірми «Філісіт Діагностика» (Україна, Дніпропетровськ). Клінічний аналіз крові проводився на гематологічному аналізаторі. Усі дослідження виконані у сертифікованій лабораторії Сумської обласної дитячої клінічної лікарні.

Визначення показників психоемоційного стану проводили за допомогою таких тестів:

— методика діагностики показників і форм агресії (А. Баска і А. Дарки, 1936);

— методика дослідження рівня імпульсивності (В. А. Лосенков, 2004);

— методика дослідження екстраверсії — інтроверсії (Айзенк, 1964);

— тест на визначення темпераменту, що виявляє реакції людини на інших людей і обставини;

— діагностика шкільної тривоги (Філліпс, 2005);

