

МУЗИЧНИЙ СЛУХ ТА ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

Н.В. Костюченко, О.О. Фільц

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

Ключові слова:

шизофренія, прогноз дефіцитарних проявів, музичний слух.

Буковинський медичний вісник. Т.22, № 3 (87). С. 31-35.

DOI:

10.24061/2413-0737.XXII.3.87.2018.60

E-mail: filz_uuar@mail.

lviv.ua, n.kostyuchenko@gmail.com

Мета роботи - дослідження психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію залежно від наявності музичного слуху.

Матеріал і методи. У роботі проводилась оцінка негативної симптоматики за шкалою Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) 40 пацієнтів чоловічої статі віком від 18 до 35 років, які мали параноїдну шизофренію (F20) і проходили лікування у третьому клінічному відділенні КЗ «Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні» протягом 2015 року (20 осіб з розвинутим музичним слухом та 20 - без музичного слуху).

Результати. Встановлено, що в групі пацієнтів із музичним слухом показники негативної симптоматики є значно нижчими, що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Відповідні показники субшкал у групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими, що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам. На основі отриманих даних нам вдалося встановити залежність між фактором наявності/відсутності музичного слуху та дефіцитарною симптоматикою, її формами та ступенем вираженості при шизофренії.

Висновки. Перші результати дозволяють підтвердити доцільність визначення музичних здібностей у пацієнтів при шизофренії з метою розширення прогностично-діагностичних можливостей у психіатричній практиці, клінічна значимість яких може виявитись одним із надійних критеріїв прогнозу дефіцитарних проявів у цих хворих.

Ключевые слова:

шизофрения, прогноз дефицитарных проявлений, музыкальный слух.

Буковинский медицинский вестник. Т.22, № 3 (87). С. 31-35.

Цель работы - исследования психопатологических проявлений у больных параноидной шизофренией в зависимости от наличия музыкального слуха.

Материал и методы. В работе проводилась оценка негативной симптоматики по шкале Оценки негативных симптомов-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) у 40 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 35 лет, страдающих параноидной шизофренией (F20), которые проходили лечение в третьем клиническом отделении КУ «Львовской областной клинической психиатрической больнице» в течение 2015 года (20 пациентов с развитым музыкальным слухом и 20 - без музыкального слуха).

Результаты. Установлено, что в группе пациентов с музыкальным слухом показатели негативной симптоматики значительно ниже, что клинически соответствует легкой степени выраженности дефицитарных проявлений. Соответствующие показатели субшкал в группе пациентов без музыкального слуха значительно выше, что клинически соответствует выраженным дефицитарным проявлениям. На основе полученных данных нам удалось установить зависимость между фактором наличия / отсутствия музыкального слуха и дефицитарной симптоматикой, ее формами и степенью выраженности при шизофрении.

Выводы. Первые результаты позволяют подтвердить целесообразность определения музыкальных способностей у пациентов при шизофрении с целью расширения прогностично-диагностических возможностей в пси-

Оригінальні дослідження

психіатрической практике, клиническая значимость которых может оказаться одним из надежных критериев прогноза дефицитарных проявлений у этих больных.

Keywords: *schizophrenia, negative symptoms prognosis, musical ear.*

Bukovinian Medical Herald. V.22, № 3 (87). P. 31-35.

MUSICALITY AND SCHIZOPHRENIA NEGATIVE SYMPTOMS PECULIARITIES

N.V. Kostyuchenko, O.O. Filts

Aim: *To study clinical reliability of correlation between musicality (musical ear) and psychopathological manifestations of paranoid schizophrenia negative symptoms.*

Material and methods. *In our research we conducted examination and observation of negative symptoms by means of 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) in 40 male patients age 18–35 years, with a diagnosis of schizophrenia and who were provided with inpatient treatment in the third department of Lviv regional mental hospital in 2015 (20 patients with musical ear and 20 patients without musical ear).*

Results. *Results indicate that levels of the negative symptoms of schizophrenia in patients with musical ear are distinguishably lower, that clinically corresponds to the low level of negative symptoms of schizophrenia. Corresponding subscale indexes in the group of patients without musical ear are distinctly higher, which clinically correspond to the severe level of schizophrenia negative symptoms. Based on obtained results, correlation between factor of presence of musical ear and schizophrenia negative symptoms is determined.*

Conclusions. *Tests of this hypothesis could result in expedient approaches to the examining musical skills of schizophrenic patients for better prognosis of the course of the disease, especially for prognosis of negative symptoms. Clinical significance of the result could be one of the reliable criteria of schizophrenia negative symptoms prognosis.*

Вступ. Однією з найбільш складних та суперечливих проблем при вивченні шизофренії є шизофренічний дефект. Його вивчення в контексті проявів дефіцитарної симптоматики при шизофренії уже знайшли відображення в багатьох наукових працях [1, 2, 3]. На сьогодні існує кілька фундаментальних підходів [2] систематики негативної симптоматики при шизофренічному процесі. Найпоширенішим є підхід, який стосується поділу дефекту на структурно однорідні “монотетичні” форми — зміни структури особистості та падіння психічної активності [3]. Знайшов застосування й “політетичний” підхід, при якому розглядається єдиний дефект складної структури. Але, аналізуючи динаміку дефекту, встановлено, що інтеграція шизоїдних та псевдоорганічних змін відбувається неоднаково у всіх випадках та є поєднаною із падінням психічної активності. Таким чином, основні варіанти інтеграції шизоїдних та псевдопсихоорганічних змін мають розглядатись як два самостійних типи дефекту — одного з переважанням деформації структури особистості та другого — з падінням психічної активності [4]. У практичній психіатрії власне остання форма дефіциту по своїй суті є найбільш прогностично несприятливою, оскільки призводить

до швидкої інвалідизації, ускладнює чи навіть унеможливує проведення ефективних реабілітаційних заходів [5, 6, 7]. На сьогоднішній день не встановлено чітких закономірностей формування того чи іншого варіанта дефіцитарних змін та не існує достатньо інформації, яка би підтверджувала залежність від застосування певного виду психофармакотерапії та інших факторів [8]. Таким чином, прогностичні можливості в питаннях подальшої соціалізації та реабілітації пацієнтів із шизофренією залишаються доволі обмеженими [9, 10, 11].

Спираючись на сучасні публікації щодо ознак психоакустики при шизофренії [12, 13, 14, 15], а також на наші клінічні спостереження хворих на шизофренію з розвинутим музичним слухом, ми провели дослідження щодо доведення зв'язку між фактором наявності музичного слуху та особливостями клінічної картини дефіцитарної симптоматики, її якісного складу та ступеня вираженості.

Мета роботи — дослідження психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію залежно від наявності музичного слуху.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 40 пацієнтів чоловічої статі, віком від 18 до 35 років

із діагнозом параноїдна шизофренія згідно з критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду [16], у 20 з яких був розвинутий музичний слух та у 20 — відсутній музичний слух. Обстеження та спостереження за пацієнтами відбувалось на базі третього клінічного відділення КЗ «Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні» за період 2015 р. В обох випадках проведено оцінку негативної симптоматики з використанням шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) [17]. Слід зазначити, що дана шкала сфокусована на негативну симптоматику дефіцитарного типу (падіння психічної активності). Дефіцитарна симптоматика з переважанням деформації структури особистості (зміни за типом “verschroben” зі зниженням рівня особистості) на сьогоднішній день оцінюється переважно клінічно, через

те що такі зміни не вкладаються в стандартизовані критеріальні кількісні методи оцінювання, якими користуються у психіатрії. Статистичне опрацювання отриманих результатів проводилося за допомогою програмного пакета Statistica 10. У ході виконання роботи проведено аналіз середніх величин, результати наведено у вигляді середнього арифметичного (M) та його стандартної похибки (m). Оскільки первинні дані були у вигляді рейтингових шкал, то порівняння вірогідності різниці поміж показниками непов'язаних груп проводили за методом Манна-Уїтні.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно з результатами нашого дослідження можна засвідчити, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики у формі падіння психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії зі збідненням афективних та вольових процесів) значно

Таблиця
Порівняльне оцінювання негативних симптомів у пацієнтів з діагнозом параноїдна шизофренія із розвинутим музичним слухом та без музичного слуху (M ± m)

| Ключові пункти оцінювання негативних симптомів (NSA-16) | Пацієнти з музичним слухом, n=20 | Пацієнти без музичного слуху, n=20 |
|---|----------------------------------|------------------------------------|
| Затримка відповіді | 1,90±0,14 | 4,10±0,19* |
| Обмежений обсяг мовлення | 2,05±0,15 | 4,05±0,18* |
| Бідне мовлення | 2,15±0,17 | 4,05±0,18* |
| Нерозбірливе мовлення | 2,00±0,18 | 3,80±0,22* |
| Знижена емоційність | 2,40±0,15 | 4,65±0,20* |
| Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій | 2,55±0,18 | 5,20±0,14* |
| Слабкий вияв емоцій на вимогу | 2,35±0,18 | 5,30±0,11* |
| Слабкий соціальний потяг | 2,15±0,21 | 5,40±0,11* |
| Слабке порозуміння з опитувачем | 2,15±0,18 | 5,45±0,11* |
| Статевий потяг | 3,65±0,26 | 6,30±0,15* |
| Поганий догляд за зовнішністю та гігієна | 2,15±0,17 | 4,55±0,14* |
| Обмежена цілеспрямованість | 2,40±0,21 | 4,55±0,14* |
| Обмежені захоплення та інтереси | 2,15±0,20 | 4,45±0,15* |
| Низька повсякденна активність | 2,25±0,16 | 4,20±0,12* |
| Обмежена жестикуляція | 1,95±0,17 | 3,50±0,15* |
| Сповільнені рухи | 2,00 ±0,16 | 3,50±0,15* |
| Загальна оцінка негативних симптомів | 2,27±0,14 | 4,57±0,11* |

* - існує достовірна (p < 0,01) різниця поміж показниками

нижчий, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху (табл.). При порівнянні ключових показників шкали NSA-16 у групі пацієнтів із музичним слухом середні показники негативної симптоматики є значно нижчими, їх максимальний рівень не перевищує 3,65±0,26 (статевий потяг), решта рівнів показників є у межах від 1,90±0,14 (затримка відповіді) до 2,55±0,18 (малозмінна інтенсивність емоційних реакцій), що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Показники негативних симп-

томів у групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими (p < 0,01), мінімальні значення починаються від 3,5±0,15 (обмежена жестикуляція та уповільнені рухи) до максимальних 6,30±0,15 (статевий потяг), що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при параноїдній шизофренії.

Графічне зображення результатів представлено на рисунку. Найбільш значною (у 2,5 раза) різниця в показниках була притаманною для негативних симптомів, які відповідають за контакт з оточенням:

Оригінальні дослідження

«Слабкого соціального потягу» та «Слабкого порозуміння з опитувачем». Найменш вираженою (в 1,7 раза) – при «Статовому потязі» та «Сповільнених рухах». У цілому, загальна оцінка негативних симптомів у групі пацієнтів із параноїдною шизофренією, які мають музичний слух, була в 2 рази нижчою ($2,27 \pm 0,14$), ніж

у пацієнтів із відсутнім музичним слухом ($4,57 \pm 0,11$).

Таким чином, на основі клінічних спостережень дефіцитарна симптоматика у формі деформації структури особистості була більш вираженою у пацієнтів з музичним слухом та не супроводжувалась вираженим падінням рівня психічної активності.

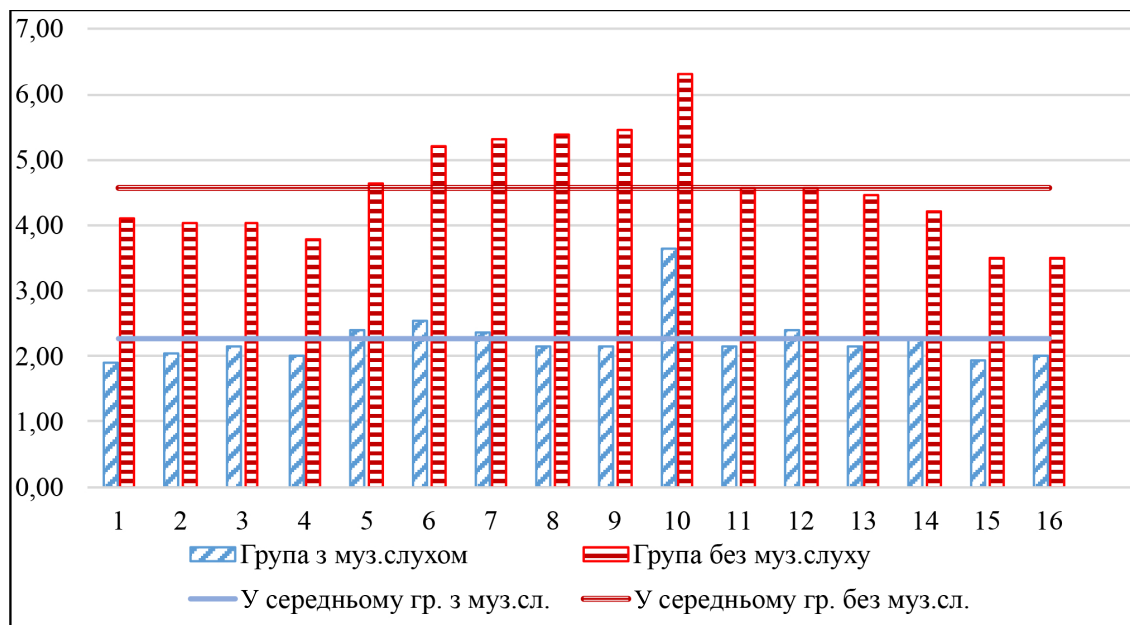


Рис. Порівняльні характеристики субшкал NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією з музичним слухом та без музичного слуху

Висновки

1. На основі отриманих даних нам вдалося встановити вплив фактору наявності/відсутності музичного слуху на дефіцитарну симптоматику, її форми та ступінь вираженості при шизофренії.

2. Отримані результати дозволяють підтвердити важливість визначення музичних здібностей у пацієнтів при шизофренії з метою розширення прогностично-діагностичних можливостей у психіатричній практиці.

Перспективою подальших досліджень є вивчення взаємозалежності рівнів негативних симптомів поміж собою в кожній групі, а також дослідження кореляційної залежності даних негативних симптомів від віку, професії, соціального статусу із зіставленням результатів у пацієнтів з наявним та відсутнім музичним слухом.

Список літератури

1. Foussias G, Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*. 2010;36 (2):359–69.
2. Kirkpatrick B, Buchanan R, Ross D. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:165–71.
3. Erhart SJr, Marder S, Carpenter W. Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophr Bull*. 2006;32:234–37.
4. Arango C, Buchanan R, Kirkpatrick B, Carpenter W. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treat-

- ment of negative symptoms. *Eur. Psychiatr*. 2004;19:21–26.
5. Humensky J, Dixon L, Essock S. An interactive tool to estimate costs and resources for a first-episode psychosis initiative in New York State. *Psychiatric Services*. 2013;64:832–34.
6. National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2003.
7. Ziguras S, Stuart G. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*. 2002;51:1410–21.
8. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen LJ. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65 (7):762–71.
9. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? *Acta Psychiatr. Scand*. 2000;02:6–10.
10. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: Results of a three-year trial. *Community Ment Health J*. 2000;36:491–500.
11. Marder S. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:87–90.
12. Nielzén S, Källstrand J, Larsson L, Olsson O. Klinisk psykoakustik kan ge objektiv diagnos vid schizofreni (Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia). *Läkartidningen*. 2004;101:1376–79.
13. Nielzén S. An objective diagnostic decision support for schizophrenia. *J. Europ. Psychiatry*. 2007;22 (1):86.
14. Nielzén S. Psychoacoustics & Schizophrenia. *J. Der Nerve-*

- narzt. 2008;79:193.
15. Nielzén S, Källstrand J, Larsson L. Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia. *J. Läkartidningen*. 2004;101:15–16.
 16. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD)*, 2010.
 17. Larry A, Robert M, Cheryl C, Arjen van Willigenburg, John P. The 4-Item Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7 (7):26–32.
- References**
1. Foussias G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor. *Schizophr. Bull.* 2010;36(2):359-69.
 2. Kirkpatrick B, Buchanan R, Ross D, Carpenter WT Jr. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(2):165-71.
 3. Erhart SM, Marder SR, Carpenter WT. Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophr Bull.* 2006;32(2):234-7.
 4. Arango C, Buchanan RW, Kirkpatrick B, Carpenter WT. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms. *Eur Psychiatr*. 2004;19(1):21-6.
 5. Humensky JL, Dixon LB, Essock SM. An interactive tool to estimate costs and resources for a first-episode psychosis initiative in New York State. *Psychiatric Services*. 2013;64(9):832-34.
 6. National Institute of Clinical Excellence. *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society; 2003.
 7. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*. 2000;51:1410-21.
 8. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen LJ, Thorup A, Øhleschlaeger J, le Quach P. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(7):762-71.
 9. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? *Acta Psychiatr. Scand.* 2000;102:6-10.
 10. Bradshaw W. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: Results of a three-year trial. *Community Ment Health J*. 2000;36:491-500.
 11. Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:87-90.
 12. Nielzén S, Källstrand J, Larsson L, Olsson O. Klinisk psykoakustik kan ge objektiv diagnos vid schizofreni [Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia]. *Läkartidningen*. 2004;101:1376-79.
 13. Nielzén S. An objective diagnostic decision support for schizophrenia. *J. Europ. Psychiatry*. 2007;22(1):86.
 14. Nielzén S. Psychoacoustics & Schizophrenia. *J. Der Nervenarzt*. 2008;79:193.
 15. Nielzén S, Källstrand J, Larsson L, Olsson O. Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia. *Läkartidningen*. 2004;101(15-16):1376-9.
 16. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD)*, 2010.
 17. Alphs L, Morlock R, Coon C, van Willigenburg A, Panagides J. The 4-Item Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument. *Psychiatry (Edgmont)*. 2010;7(7):26-32.

Відомості про авторів:

Фільц О.О. — д.мед. н., професор каф. психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького.
Костюченко Н.В. — асистент кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім. Данила Галицького.

Сведения об авторах:

Фильц А.О. — д.мед. н., профессор каф. психиатрии и психотерапии ФПДО ЛНМУ им. Данила Галицкого.
Костюченко Н.В. — ассистент кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ЛНМУ им. Данила Галицкого.

Information about the authors:

Filts O.O. — DSc, professor, Head of Psychiatry and Psychotherapy Department in LNMU.
Kostyuchenko N. V. — assistant professor of Psychiatry and Psychotherapy Department in LNMU.

Надійшла до редакції 27.06.2018
Рецензент — доц. Карвацька Н.С.
© Н.В. Костюченко, О.О. Фільц, 2018