

УДК 612.858.74:616.895.8

Наталія КОСТЮЧЕНКО, Олександр ФІЛЬЦ

ФАКТОР НАЯВНОСТІ МУЗИЧНОГО СЛУХУ ТА ОСОБЛИВОСТІ НЕГАТИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ (ДЕФЕКТУ) ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна,
n.kostyuchenko@gmail.com; filz_uuap@mail.lviv.ua*

Стаття присвячена клінічній перевірці оригінальної гіпотези про взаємозв'язок наявності музичного слуху, формою та «глибиною» (вираженістю) дефіцитарних проявів у хворих на шизофренію. Проводили порівняльне оцінювання негативних симптомів у пацієнтів з діагнозом параноїдна шизофренія з розвинутим музичним слухом і без музичного слуху за допомогою шкали NSA-16. Виявили, що в групі пацієнтів з музичним слухом показники негативної симптоматики значно нижчі, що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Відповідні показники субшкал у групі пацієнтів без музичного слуху значно вищі, що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам. На підставі отриманих даних вдалося виявити залежність між фактором наявності/відсутності музичного слуху та дефіцитарною симптоматикою, її формами та ступенем вираженості при шизофренії.

Перші результати дають змогу підтвердити доцільність визначення музичних здібностей у пацієнтів при шизофренії, щоб розширити прогностично-діагностичні можливості в психіатричній практиці, клінічна значимість яких може виявитись надійним критерієм прогнозу дефіцитарних проявів у цих хворих.

Ключові слова: шизофренія, прогноз дефіцитарних проявів, музичний слух.

Natalya KOSTYUCHENKO, Olexander FILTS

FACTOR OF MUSICAL EAR AND PECULIARITIES OF NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA

*Danylo Haltsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine;
n.kostyuchenko@gmail.com; filz_uuap@mail.lviv.ua*

The article is dedicated to clinical verification of original hypothesis of interrelation between the presence of musical ear and form and «depth» (expression) of negative symptoms of schizophrenia.

Our study compared the course of illness in two equal groups of patients with or without musical ear (totally - 40 patients) who were diagnosed with ICD-X schizophrenia. The two groups were compared for differences in negative symptoms by means of 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16). Data analysis indicates that the level of negative symptoms of the two groups is significantly different. Patients with musical ear showed a low level of negative symptoms according to NSA-16 ($P \leq 0.05$); patients without musical ear showed a higher level of negative symptoms according to NSA-16 ($P \leq 0.05$). These data indicate that negative symptoms of schizophrenia in patients with musical ear are distinct from the negative symptoms of schizophrenia in patients without the musical ear. Tests of this hypothesis could result in novel approaches to the examination of 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 for prognosis of negative symptoms of schizophrenia.

Key words: schizophrenia, negative symptoms prognosis, musical ear.

ВСТУП

Найскладнішою і суперечливішою проблемою при вивченні шизофренії є шизофренічний дефект. Дослідження проявів дефіцитарної симптоматики при шизофренії відображені в багатьох працях (Andreasen, 1982, Foussias G. et al., 2010, Liddle, 1987). Сьогодні існує кілька фундаментальних підходів (Berze, 1929, Kay, 1987, Kirkpatrick et al., 2001) систематики негативної симптоматики при шизофренічному процесі. Один з них ґрунтується на розподілі дефекту на структурно однорідні «монотетичні» форми – зміни структури особистості та падіння психічної активності (з одного боку, дисгармонія особистісного складу, деформація особистості, з іншого – редукція енергетичного потенціалу, астеничний дефект, динамічне спустошення) (Conrad, 1958, Huber et al., 1980, Janzarik, 1983, Erhart et al., 2006). Інший підхід – «політетичний», при якому розглядають єдиний дефект складної структури. Автори, які розглядають психічний дефект у рамках політетичної моделі (Carpenter et al., 1987, Fenton et al., 1992, Strauss, 1985), тобто єдиного, складного за структурою, дефекту, враховують також і прояви психопатоподібного (дефекту шизоїдної структури), і навіть псевдоорганічного дефекту, передбачають їхній поділ за різними варіантами, а також за ступенем вираженості. Проте при аналізі динаміки дефекту, очевидно, що інтеграція шизоїдних і псевдоорганічних змін відбувається неоднаково у всіх випадках, крім того, супроводжується ще й падінням психічної активності. Отож, основні варіанти інтеграції шизоїдних і псевдопсихоорганічних змін сьогодні треба розглядати як два самостійні типи дефекту – дефект з переважанням деформації структури особистості (зміни за типом «verschoben», тобто дивакуватості та химерності, зі зниженням рівня особистості) (Bleuler, 1930, Eу, 1952, Mazurkiewicz, 1980, Kraepelin, 1919) та падіння психічної активності (поєднання псевдобрадифре-

нії зі збідненням афективних і вольових процесів) (Bleuler, 1930, Peralta et al., 1995, Arango et al. 2004, Amador, 1999). В практичній психіатрії саме ця форма дефіциту по своїй суті є найбільш прогностично несприятливою, позаяк призводить до швидкої інвалідизації, ускладнює чи навіть унеможливує проведення ефективних реабілітаційних заходів (Blachard et al., 1998, Ziguras et al., 2002, National Institute of Clinical Excellence Shizophaenia, 2003, Humensky et al., 2013). Сьогодні, не визначено чітких закономірностей формування того чи іншого варіанту дефіцитарних змін, немає достатньо даних, які би підтверджували залежність від застосування того чи іншого виду психофармакотерапії та інших чинників (Bertelsen et al., 2000, Buchanan, 1998). Отже, прогностичні можливості в питаннях подальшої соціалізації та реабілітації пацієнтів із шизофренією залишаються доволі обмеженими (Bradshaw, 2000, Liberman, 1999, Bachrach, 2000, Marder, 2000).

Опираючись на сучасні дослідження щодо особливостей психоакустики при шизофренії (Nielzén et al., 2004, Nielzén, 2004, Nielzén, 2008, Nielzén et al., 2004), а також на наші спеціальні клінічні спостереження хворих на шизофренію з розвинутим музичним слухом, ми намагались встановити кореляцію між фактором наявності музичного слуху та особливостями клінічної картини дефіцитарної симптоматики, її якісного складу та ступеня вираженості.

Мета дослідження – порівняти клінічну вірогідність взаємозв'язку між наявністю музичного слуху та психопатологічними проявами дефіциту у хворих на шизофренію.

У цьому дослідженні сформульовано такі завдання:

1. Встановити можливий корелятивний зв'язок між фактором наявності музичного слуху та видом і ступенем вираженості дефекту при шизофренії.
2. Визначити типологію та вивчити частоту формування різних типів дефіцитарної симптоматики у хворих на шизофренію при наявності/відсутності музичного слуху

ПАЦІЄНТИ ТА МЕТОДИ

Склали групу спостереження, яким проводили дослідження музичного слуху за кількісно-якісним розпізнаванням тембру, ритмічності звуку. До досліджуваної групи ввійшло 20 пацієнтів чоловічої статі, віком від 18 до 35 років, з розвинутим музичним слухом. В усіх випадках було діагностовано згідно з критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду параноїдну шизофренію (F20) (International Classification of Diseases, 2010). Обстеження та спостереження за пацієнтами відбувалось на базі третього клінічного відділення КЗ «Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні» за період 2015 р. Контрольну групу становило 20 пацієнтів

цієї ж вікової категорії, статі та діагнозом параноїдної шизофренії та відсутнім музичним слухом (дозвіл комітету біоетики ЛНМУ №17 від 25. 05. 2013 р.) В обох випадках було проведено оцінку негативної симптоматики з використанням шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) (Larry et al., 2010). Зауважимо, що ця шкала сфокусована на негативну симптоматику власне дефіцитарного типу (падіння психічної активності). Дефіцитарна симптоматика з переважанням деформації структури особистості (зміни за типом «verschroben» зі зниженням рівня особистості) сьогодні оцінюють переважно клінічно, оскільки такі зміни не вкладаються в стандартизовані критеріальні кількісні методи оцінювання, які є в практичному арсеналі психіатрії (див. табл. 1). Статистичне опрацювання отриманих результатів проводилося за допомогою програмного пакету Statistika 10. Результати вважали статистично достовірними за $P \leq 0.05$.

Табл. 1

Порівняльне оцінювання негативних симптомів у пацієнтів з діагнозом параноїдна шизофренія з розвинутим музичним слухом та без музичного слуху. Одиниці виміру

Ключові пункти оцінювання негативних симптомів (NSA-16)	Пацієнти з музичним слухом n=20 M ± m	Пацієнти без музичного слуху n=20 M ± m	r (коефіцієнт Пірсона)
1. Затримка відповіді	1,9 ± 0,14	4,1 ± 0,19	0,005
2. Обмежений обсяг мовлення	2,05 ± 0,15	4,05 ± 0,18	0,000216
3. Бідне мовлення	2,15 ± 0,17	4,1 ± 0,18	0,01
4. Нерозбірливе мовлення	2 ± 0,18	3,8 ± 0,22	0,02
5. Знижена емоційність	2,4 ± 0,15	4,65 ± 0,2	0,01
6. Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій	2,55 ± 0,18	5,2 ± 0,14	0,11
7. Слабкий вияв емоцій на вимогу	2,35 ± 0,18	5,3 ± 0,11	0,02
8. Слабкий соціальний потяг	2,15 ± 0,21	5,4 ± 0,11	0,01
9. Слабке порозуміння з опитувачем	2,15 ± 0,18	5,45 ± 0,11	0,01
10. Статевий потяг	3,65 ± 0,26	6,3 ± 0,15	0,01
11. Поганий догляд за зовнішністю та гігієна	2,15 ± 0,17	4,55 ± 0,14	0,01
12. Обмежена цілеспрямованість	2,37 ± 0,21	4,55 ± 0,14	0
13. Обмежені захоплення та інтереси	2,15 ± 0,2	4,45 ± 0,15	0,02
14. Низька повсякденна активність	2,25 ± 0,16	4,2 ± 0,12	0,05
15. Обмежена жестикуляція	1,95 ± 0,17	3,5 ± 0,15	0,02
16. Сповільнені рухи	2 ± 0,16	3,5 ± 0,15	0
Загальна оцінка негативних симптомів	2,15 ± 0,15	4,65 ± 0,15	0,01

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Згідно з результатами нашого дослідження можна стверджувати, що в пацієнтів з розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики у формі падіння психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії зі збідненням афективних і волевових процесів) значно нижчий, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. При порівнянні показників субшкал використаної шкали NSA-16 в групі пацієнтів з музичним слухом показники негативної симптоматики значно нижчі, максимальний рівень яких не перевищує $3,65 \pm 0,26$ (відображає статеви́й потяг), решта рівнів показників не перевищують $2,55 \pm 0,18$, що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитних проявів. Відповідні показники субшкал у групі пацієнтів без музичного слуху значно вищі, мінімальні значення від $3,5 \pm 0,15$ до максимальних $6,3 \pm 0,15$, що клінічно відповідає вираженим дефіцитним проявам при шизофренії. Коефіцієнт Пірсона в усіх випадках свідчить про високий ступінь кореляції, при визначеному $P \leq 0.05$. Графічне зображення результатів див. на рис. 1.

Наотмість, на підставі клінічних спостережень дефіцитарна симптоматика у формі деформації структури особистості (зміни за типом «verschroben») була вираженішою у пацієнтів з музичним слухом і не супроводжувалась вираженим падінням рівня психічної активності.

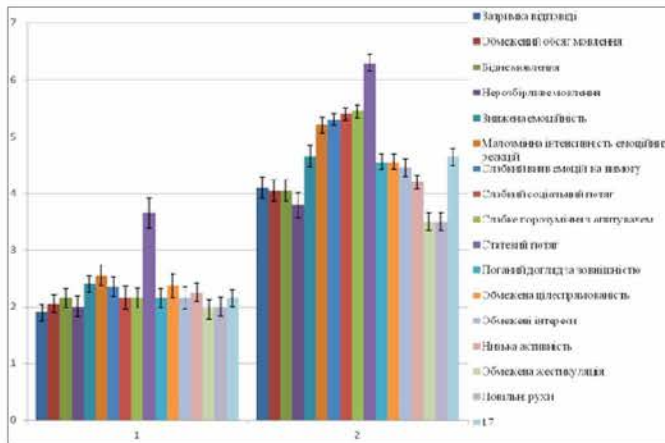


Рис. 1. Порівняльні характеристики субшкал NSA-16 у пацієнтів з музичним слухом (1) та без музичного слуху (2). Одиниці виміру.

ВИСНОВКИ

1. На підставі отриманих даних нам вдалося виявити залежність між фактором наявності/відсутності музичного слуху та дефіцитарною симптоматикою, її формами та ступенем вираженості при шизофренії.

2. Перші результати дають підстави підтвердити доцільність визначення музичних здібностей у пацієнтів при шизофренії, щоб розширити прогностично-діагностичні можливості в психіатричній практиці.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Amador, X.F., Kirkpatrick B., Buchanan R., Carpenter W., Marcinko L., Yale S., 1999. Stability of the diagnosis of deficit syndrome in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 156, 637–639.
2. Andreasen N., 1982. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 39, 784–788.
3. Arango C., Buchanan R., Kirkpatrick B., Carpenter W., 2004. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms. *Eur. Psychiatr*. 19, 21–26.
4. Bachrach L., 2000. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? *Acta Psychiatr. Scand*. 102, 6–10.
5. Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., 2008. 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. *J. Archives of General Psychiatry*. 65(7), 762–771.
6. Berze J., 1929. *Psychologie der schizophrenen Prozesse und schizophrenen Defekt-Symptome*. Wien. med. Wschr. 139–141.
7. Blanchard J., Mueser K., Bellack A., 1998. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr. Bull*. 24, 413–424.
8. Bleuler E. 1930. *Lehrbuch der Psychiatri*. Berlin.
9. Bleuler E., 1950. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press.
10. Bradshaw W., 2000. Integrating cognitive-behavioral psychotherapy for persons with schizophrenia into a psychiatric rehabilitation program: Results of a three-year trial. *Community Ment Health J*. 36, 491–500.
11. Buchanan R., Breier A., Kirkpatrick B., Ball P., Carpenter W., 1998. Positive and negative symptom response to clozapine in schizophrenic patients with and without the deficit syndrome. *Am. J. Psychiatry*. 155, 751–760.

12. Carpenter W., Heinrichs D., Wagman A., 1987. On the Heterogeneity of Schizophrenia. *Controversies in Schizophrenia: Changes in Constancies*. N.Y., Guilford Pres.
13. Conrad K., 1958. *Die beginnende Schizophrenie*. Stuttgart.
14. Erhart S., Marder S., Carpenter W., 2006. Jr. Treatment of schizophrenia negative symptoms: future prospects. *Schizophr Bull.* 32, 234–237.
15. Ey. H., 1952. *Etudes Psychiatriques*. Paris.
16. Fenton W., McGlashan T., 1992. Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 49, 179–184.
17. Foussias G., Remington G., 2010. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin.* 36(2), 359–369.
18. Huber G., Gross G., Schuttler R., Linz M., 1980. Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull.* 6, 592–605.
19. Humensky J., Dixon L., Essock S., 2013. An interactive tool to estimate costs and resources for a first-episode psychosis initiative in New York State. *Psychiatric Services.* 64, 832–834.
20. International Classification of Diseases (ICD), 2010. World Health Organization.
21. Janzarik W., 1983. Basisstörungen: Eine Revision mit strukturdynamischen Mitteln. *Der Nervenarzt.* 54, 122–130.
22. Kay S., 1987. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bul.* 13(12), 261–276.
23. Kirkpatrick B., Buchanan R., Ross D., Carpenter W., 2001. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 58, 165–171.
24. Kraepelin E., 1919. *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Edinburgh, UK: Livingstone.
25. Larry A., Robert M., Cheryl C., Arjen van Willigenburg, John P., 2010. The 4-Item Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument. *Psychiatry (Edgmont).* 7(7), 26–32.
26. Liberman R., Kopelowicz A., Smith T., 1999. *Psychiatric rehabilitation. Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins.
27. Liddle P., 1987. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J. Psychiatry.* 151, 145–151.
28. Marder S., 2000. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 102, 87–90.
29. Mazurkiewicz I., 1980. *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*. Warszawa.
30. National Institute of Clinical Excellence. *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care, 2003*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
31. Nielzén S, Källstrand J., Larsson L., Olsson O., 2004. Klinisk psykoakustik kan ge objektiv diagnos vid schizofreni, (Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia). *Läkartidningen.* 101, 1376–1379.

32. Nielzén S., 2007. An objective diagnostic decision support for schizophrenia. *J. Europ. Psychiatry*. 22(1), 86.
33. Nielzén S., 2008. Psychoacoustics & Schizophrenia. *J. Der Nervenarzt*. 79, 193.
34. Nielzén S., Källstrand J., Larsson L., 2004. Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia. *J.Lakartidningen*. 101, 15–16.
35. Peralta V., Cuesta MJ. 1995. Negative symptoms in schizophrenia: a confirmatory factor analysis of competing models. *Am J. Psychiatry*. 152, 1450–1457.
36. Strauss J., 1985. Negative Symptoms: Future Development of the Concept. *Schizophrenia Bulletin*. 11, 457–460.
37. Ziguras S., Stuart G., 2002. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*. 51, 1410– 1421.

Стаття надійшла 01. 10. 2015

Після доопрацювання 11. 11. 2015

Прийнята до друку 15. 12. 2015