

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(1)-32

УДК: 616.895.87:781.1:784]-079.4

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОАКУСТИКИ ЯК ДИФЕРЕНЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНОГО КРИТЕРІЮ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ТА ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ НА РАННІХ ЕТАПАХ ВИНИКНЕННЯ

Костюченко Н.В., Фільц О.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010)

Відповідальний за листування:
e-mail: n.kostyuchenko@gmail.com

Статтю отримано 8 грудня 2017 р.; прийнято до друку 2 лютого 2018 р.

Анотація. У роботі проводилась оцінка взаємозв'язку наявності музичного слуху та дефіцитарних проявів у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад (ШАР). Сьогодні ШАР залишається одним із найбільш невизначених психічних розладів. Певна мінливість та нестабільність у діагностичному трактуванні даної нозології, нечіткість критеріальної оцінки значною мірою впливають на якісну діагностику та диференційну діагностику, особливо на ранніх етапах виникнення психічних розладів даного спектру (афективно-параноїдного). Метою дослідження було порівняння особливостей психоакустики (а саме наявності/відсутності музичного слуху) у пацієнтів із встановленим діагнозом ШАР та у пацієнтів із параноїдною шизофренією (ПШ), а також ступінь вираженості у них негативної симптоматики. У нашому дослідженні ми провели порівняльну оцінку негативної симптоматики у 40 пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та 40 пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад за допомогою шкали NSA-16 та субшкали негативної симптоматики PANSS. Порівняння вірогідності різниці між показниками досліджуваних груп проводилось за допомогою χ^2 -квдрата та тестів Манна-Уйтні. У групі пацієнтів із шизоафективним розладом, де більшість мали музичний слух, показники негативної симптоматики є значно нижчими, ніж у пацієнтів із параноїдною шизофренією, у яких музичний слух не був розвинутий. Так, середня оцінка негативних симптомів за шкалою NSA-16 у групі пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія становила $4,89 \pm 0,10$, що у 2,6 рази ($p < 0,01$) вище, ніж у групі пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад - $1,84 \pm 0,10$. В обох групах найвищі середні показники негативних симптомів були притаманні для симптомів "Статевий потяг" та "Обмежена цілеспрямованість". Згідно аналізу субшкали негативної симптоматики PANSS, середня оцінка ключових пунктів оцінювання в групі пацієнтів із ПШ була у 2,77 рази ($p < 0,01$) вищою, ніж у групі пацієнтів із ШАР - $4,74 \pm 0,11$ проти $1,71 \pm 0,08$. Порушення спонтанності та плинності мови посідає одне з чільних місць серед всіх негативних симптомів даної шкали в обох групах пацієнтів. Встановлена залежність між фактором наявності чи відсутності музичного слуху та ступенем вираженості негативної симптоматики при шизофренії та шизоафективному розладі, що дозволяє підтвердити доцільність оцінювання музичних здібностей у таких пацієнтів для розширення прогностично-діагностичних можливостей у психіатричній практиці.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад, музичний слух.

Вступ

Сьогодні шизоафективний розлад (ШАР) залишається одним із найбільш невизначених психічних розладів. Наразі нараховують 23 визначення цього розладу [3, 5, 7]. Сучасними провідними класифікаціями, на які повинна спиратись психіатрична спільнота, є МКХ-10 [9] та DSM-V [8]. Визначення ШАР за МКХ-10 (редакція 2010 р.) є таким: "Епізодичні розлади, в яких одночасно присутні і афективні, і шизофренічні симптоми, але які не виправдовують діагноз ані шизофренії, ані депресивного або маніакального епізоду".

Частоту виникнення ШАР в загальній популяції важко визначити через те, що діагностичні критерії змінювались протягом останніх років. Фінські вчені визначали поширеність ШАР в межах 0,32%, за даними дослідників з Франції - 0,5-0,8%. Ці числа є приблизними, так як прицільні дослідження не були проведені [3, 7].

Певна мінливість та нестабільність в діагностичному трактуванні даної нозології, нечіткість критеріальної оцінки значною мірою впливають на якісну діагностику та диференційну діагностику, особливо на ранніх етапах виникнення психічних розладів даного спектру

(афективно-параноїдного).

Незважаючи на те, що існують численні праці дескриптивного характеру, присвячені ШАР та висвітленню характерного стереотипу розгортання афективно-параноїдного приступу та перебігу хвороби в цілому, часто в практичній діяльності поліморфність психотичної симптоматики та необхідність більш тривалого обсерваційного періоду за такими пацієнтами постає на перешкоді вчасній та правильній нозологічній інтерпретації клінічної картини [4, 5].

Також відомо, що немає значних патогномонічних відмінностей між продуктивною симптоматикою при шизофренії та шизоафективному розладі, а диференційна діагностика в більшій мірі опирається на наявність негативної симптоматики, що свідчить на користь шизофренії та виключає ШАР. Трирічний діагностичний катамнез у випадку вперше встановленого психозу вказує на його нестабільність у 30,8% випадків [7].

За нашими спостереженнями [1] щодо особливостей клінічної картини при наявності/відсутності музичного слуху в пацієнтів з первинним психотичним епізо-

дом ШАР, то аналіз отриманих результатів вказує, що у таких пацієнтів із присутнім музичним слухом не було виявлено якісних змін в мисленні, майже не спостерігалось резидуальної психотичної симптоматики та емоційно-вольового дефіциту, проте у 80% випадків були виражені афективні порушення. Тоді як у таких пацієнтів без музичного слуху спостерігались в більшості випадків ознаки емоційно-вольового дефіциту (до 66%), на однаковому рівні були присутні якісні зміни в мисленні та резидуальна психотична симптоматика (до 33%), та майже не спостерігались афективні порушення.

У світлі отриманих результатів, метою нашого дослідження було порівняння особливостей психоакустики (а саме наявність/відсутність музичного слуху) в пацієнтів із встановленим діагнозом ШАР та у пацієнтів із параноїдною шизофренією, а також ступінь вираженості у них негативної симптоматики (за шкалою NSA-16 та субшкалою негативної симптоматики PANSS).

Матеріали та методи

У роботі була проведена порівняльна оцінка негативної симптоматики 40 пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія (ПШ) та 40 пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад за допомогою двох шкал: шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) та субшкали негативної симптоматики PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale) [8]. Обстеження та спостереження за пацієнтами відбувалось на базі третього клінічного відділення КЗ "Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні" за період 2015 р. Проведено аналіз відносних величин: екстенсивного показника (Р) та його середньої похибки (mp), а також середніх величин: середнього арифметичного (М) та його стандартної помилки (m). Порівняння вірогідності різниці між показниками досліджуваних груп здійснено за методами ксі-квадрату та Манна-Уїтні [2].

Результати. Обговорення

За нашими даними в субпопуляції пацієнтів із шизоафективним розладом, частка пацієнтів із розвинутим музичним слухом є набагато вищою ($p < 0,01$) і становить $70,00 \pm 7,25\%$, тоді ж як в пацієнтів із параноїдною шизофренією цей відсоток складає лише $20,00 \pm 6,32\%$ (табл. 1).

При вивченні ступеня негативної симптоматики в обох субпопуляціях спостерігалась достовірна різниця ($p < 0,01$) поміж ключовими пунктами оцінювання негативних симптомів за шкалою NSA-16 із значно вищими середніми показниками у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія (табл. 2).

Середня оцінка негативних симптомів у групі пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія складала $4,89 \pm 0,10$, що достовірно ($p < 0,01$) у 2,6 рази вище, ніж у групі пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад - $1,84 \pm 0,10$ бали.

Таблиця 1. Дані про наявність та відсутність музичного слуху в пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом ($P \pm mp$, %).

Наявність/відсутність музичного слуху	Пацієнти із діагнозом параноїдна шизофренія (n=40)	Пацієнти із діагнозом шизоафективний розлад (n=40)
Присутній музичний слух	8 ($20,00 \pm 6,32$ %)	28 ($70,00 \pm 7,25$ %)*
Відсутній музичний слух	32 ($80,00 \pm 6,32$ %)	12 ($30,00 \pm 7,25$ %)*

Примітка. * - $p < 0,01$ - різниця між показниками пацієнтів обох груп достовірна.

Таблиця 2. Порівняльне оцінювання негативних симптомів (згідно NSA-16) в пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та шизоафективний розлад.

Ключові пункти оцінювання негативних симптомів (ОНС-16)	Пацієнти із діагнозом параноїдна шизофренія (n=40)	Пацієнти із діагнозом шизоафективний розлад (n=40)
1. Затримка відповіді	$4,55 \pm 0,18$	$1,75 \pm 0,09$ *
2. Обмежений обсяг мовлення	$4,63 \pm 0,18$	$1,73 \pm 0,11$ *
3. Бідне мовлення	$4,45 \pm 0,21$	$1,73 \pm 0,12$ *
4. Нерозбірливе мовлення	$4,33 \pm 0,18$	$1,73 \pm 0,12$ *
5. Знижена емоційність	$4,88 \pm 0,14$	$1,90 \pm 0,13$ *
6. Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій	$5,23 \pm 0,11$	$2,03 \pm 0,15$ *
7. Слабкий вияв емоцій на вимогу	$5,45 \pm 0,09$	$1,88 \pm 0,14$ *
8. Слабкий соціальний потяг	$5,58 \pm 0,10$	$1,80 \pm 0,14$ *
9. Слабке порозуміння з опитувачем	$5,55 \pm 0,09$	$1,85 \pm 0,13$ *
10. Статевий потяг	$6,30 \pm 0,10$	$2,55 \pm 0,23$ *
11. Поганий догляд за зовнішністю та гігієною	$4,93 \pm 0,15$	$1,85 \pm 0,12$ *
12. Обмежена цілеспрямованість	$5,03 \pm 0,16$	$1,88 \pm 0,15$ *
13. Обмежені захоплення та інтереси	$4,83 \pm 0,15$	$1,80 \pm 0,13$ *
14. Низька повсякденна активність	$4,45 \pm 0,12$	$1,83 \pm 0,13$ *
15. Обмежена жестикуляція	$4,05 \pm 0,18$	$1,60 \pm 0,11$ *
16. Повільні рухи	$4,05 \pm 0,18$	$1,58 \pm 0,11$ *
Загальна оцінка негативних симптомів	$4,89 \pm 0,10$	$1,84 \pm 0,10$ *

Примітка. * - $p < 0,01$ - різниця між показниками достовірна.

У пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія найвищі середні показники негативних симптомів були у межах від $6,30 \pm 0,10$ (Статевий потяг) до $5,03 \pm 0,16$ (Обмежена цілеспрямованість). У цьому діапазоні були здійснені в основному негативні симптоми комунікації: "Слабкий соціальний потяг", "Слабке порозуміння з опитувачем, та емоційності: "Слабкий вияв емоцій на вимогу", "Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій". Найнижчі показники негативних симптомів у пацієнтів цієї групи стосувались рухової активності при спілку-

Таблиця 3. Порівняльне оцінювання негативних симптомів (згідно PANSS субшкали негативної симптоматики) в пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та шизоафективний розлад.

Ключові пункти оцінювання негативних симптомів (згідно PANSS субшкали негативної симптоматики)	Пацієнти із діагнозом параноїдна шизофренія (n=40)	Пацієнти із діагнозом шизоафективний розлад (n=40)
1. Притуплений афект	4,33±0,15	1,68±0,08*
2. Емоційна відгородженість	4,58±0,17	1,63±0,09*
3. Складнощі в спілкуванні	4,43±0,20	1,60±0,11*
4. Пасивно-апатична соціальна відгородженість	4,35±0,17	1,63±0,11*
5. Порушення абстрактного мислення	4,88±0,14	1,85±0,12*
6. Порушення спонтанності та плинності мови	5,20±0,12	1,85±0,12*
7. Стереотипне мислення	5,45±0,09	1,78±0,13*
8. Середні дані шкали	4,74±0,11	1,71±0,08*

Примітка. * - $p < 0,01$ - різниця між показниками достовірна.

ванні: "Обмежена жестикуляція" ($4,05 \pm 0,18$) та "Повільні рухи" ($4,05 \pm 0,18$).

У пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад найвищі середні показники негативних симптомів були у межах від $2,55 \pm 0,23$ (Статевий потяг) до $1,85 \pm 0,13$ (Поганий догляд за зовнішністю та гігієною; Обмежена цілеспрямованість). Тотожно до пацієнтів із параноїдною шизофренією у пацієнтів із ШАР у цьому діапазоні також були задіяні негативні симптоми комунікації: "Слабке порозуміння з опитувачем" та емоційності: "Слабкий вияв емоцій на вимогу", "Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій", "Знижена емоційність". Найнижчі показники негативних симптомів у пацієнтів цієї групи так само як і у пацієнтів із ПШ стосувались рухової активності при спілкуванні: "Обмежена жестикуляція" ($1,60 \pm 0,11$) та "Повільні рухи" ($1,58 \pm 0,11$).

Найбільша різниця поміж показниками (у 3 рази) пацієнтів досліджуваних груп була при негативних симптомах комунікації: "Слабке порозуміння з опитувачем" та "Слабкий соціальний потяг".

Згідно аналізу субшкали негативної симптоматики PANSS, середня оцінка ключових пунктів оцінювання в групі пацієнтів із ПШ була у 2,77 рази ($p < 0,01$) вищою, ніж у групі пацієнтів із ШАР - $4,74 \pm 0,11$ проти $1,71 \pm 0,08$ (табл. 3).

Порушення спонтанності та плинності мови посідає одне з чільних місць серед всіх негативних симптомів даної шкали в обох групах пацієнтів. Окрім цього симптому, у групі пацієнтів із ПШ високий бал оцінювання

має "Стереотипне мислення" - $5,45 \pm 0,09$, у групі пацієнтів із ШАР - "Порушення абстрактного мислення" - $1,85 \pm 0,12$. У пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія решта показників субшкали була у межах від $4,88 \pm 0,14$ (Порушення абстрактного мислення) до $4,33 \pm 0,15$ (Притуплений афект), у пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад - від $1,78 \pm 0,13$ (Стереотипне мислення) до $1,60 \pm 0,11$ (Складнощі в спілкуванні). Найбільша різниця (у 3,07 рази) при порівнянні показників обох груп встановлена при симптомі "Стереотипне мислення".

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Отримані результати дозволяють розглядати особливості психоакустики у вигляді присутності/відсутності музичного слуху як достовірний критерій для диференційної діагностики при шизофренії та шизоафективному розладі навіть на ранніх етапах виникнення поліморфної психотичної симптоматики.

2. Дані дослідження підтвердили, що дана біологічно-конституційна особливість (слух) є маркером сприятливого прогнозу при цілому спектрі ендегенних захворювань.

Перспективою подальших наукових розробок є дослідження взаємозалежності даних негативних симптомів від віку, професії, соціального статусу та порівняння цих результатів у пацієнтів з різними психоакустичними можливостями.

Список посилань

1. Костюченко, Н. В., Фільц, О. О. (2017). Взаємозв'язок особливостей психоакустики та негативної симптоматики у хворих на шизофренію. *Український вісник психоневрології*, 25, 1 (90), 129.
2. Любінець О. В., Гутор Т. Г., Ходор О. Є. (2016). Ефективність впровадження інформаційних систем в заклади охорони здоров'я на думку лікарів-організаторів. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*, 1, 93-94.
3. 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. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.762.
4. Heckers, S. V. & Konradi, C. Hippocampal pathology in schizophrenia. (2010). *Curr. Top. Behav. Neurosci.*, 4, 529-553. DOI: 10.1007/7854_2010_43.
5. 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. Retrieved from <http://www.easacommunity.org/files/>

- Interactive_Tool_Estimate_Costs_Resources_FEP_Initiative.pdf.
6. Ford, J. M. & Mathalon, D. H. (2008). Neural synchrony in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 34, 904-906. doi: 10.1093/schbul/sbn090.
 7. Foussias, G. & Remington, G. (2010). Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2), 359-369. doi: 10.1093/schbul/sbn094.
 8. Larry, A., Robert, M., Cheryl, C., van Willigenburg, A. & Panagides, J. (2010). The 4-Item Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument. *Psychiatry* (Edgmont), 7 (7), 26-32. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922363/>.
 9. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). (2010).
 10. *zdorovia - Eastern European Journal of Public Health*, 1, 93-94.
 3. 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. doi: 10.1001/archpsyc.65.7.762.
 4. Heckers, S. V. & Konradi, C. Hippocampal pathology in schizophrenia. (2010). *Curr. Top. Behav. Neurosci.*, 4, 529-553. DOI: 10.1007/7854_2010_43.
 5. 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. Retrieved from http://www.easacommunity.org/files/Interactive_Tool_Estimate_Costs_Resources_FEP_Initiative.pdf.
 6. Ford, J. M. & Mathalon, D. H. (2008). Neural synchrony in schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 34, 904-906. doi: 10.1093/schbul/sbn090.
 7. Foussias, G. & Remington, G. (2010). Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36 (2), 359-369. doi: 10.1093/schbul/sbn094.
 8. Larry, A., Robert, M., Cheryl, C., van Willigenburg, A. & Panagides, J. (2010). The 4-Item Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument. *Psychiatry* (Edgmont), 7 (7), 26-32. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2922363/>.
 9. World Health Organization. International Classification of Diseases (ICD). (2010).

References

1. Kostyuchenko, N. V. & Filts, O. O. (2017). Vzaimozv'язok osoblyvostei psykhoakustyky ta nehatyvnoi symptomatyky u khvorykh na shyzofreniiu. [The relationship between the features of psychoacoustics and negative symptoms in patients with schizophrenia]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi - Ukrainian Journal of Psychoneurology*, 25, 1 (90), 129.
2. Lubinets, O. V., Gutor, T. G. & Khodor, O. Ya. (2016). Efektyvnist vprovadzhennia informatsiynykh system v zaklady okhorony zdorovia na dumku likariv-orhanizatoriv. [The effectiveness of the implementation of information systems in health care institutions according to the doctors-organizers]. *Skhidnoevropeiskyi zhurnal hromadskoho*

Костюченко Н. В., Фільц О. О.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОАКУСТИКИ КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КРИТЕРИЯ ШИЗОАФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА И ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ НА РАННИХ ЭТАПАХ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Аннотация. В работе проводилась оценка взаимосвязи наличия музыкального слуха и дефицитарных проявлений у больных параноидной шизофренией и шизоаффективным расстройством (ШАР). Сегодня ШАР остается одним из самых неопределенных психических расстройств. Определенная изменчивость и нестабильность в диагностической трактовке данной нозологии, нечеткость критериальной оценки в значительной степени влияют на качественную диагностику и дифференциальную диагностику, особенно на ранних этапах возникновения психических расстройств данного спектра (аффективно-параноидного). Целью исследования было сравнение особенностей психоакустики (а именно наличие/отсутствие музыкального слуха) у пациентов с установленным диагнозом ШАР и у пациентов с параноидной шизофренией (ПШ), а также степень выраженности у них негативной симптоматики. В нашем исследовании мы провели сравнительную оценку негативной симптоматики у 40 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения и 40 пациентов с диагнозом шизоаффективное расстройство с помощью шкалы NSA-16 и субшкалы негативной симптоматики PANSS. Сравнение достоверности разницы между показателями исследуемых групп проводилось с помощью хи-квадрата и тестов Манна-Уитни. В группе пациентов с шизоаффективным расстройством, где большинство имели музыкальный слух, показатели негативной симптоматики значительно ниже, чем у пациентов с параноидной шизофренией, в которых музыкальный слух не был развит. Так, средняя оценка негативных симптомов по шкале NSA-16 в группе пациентов с диагнозом параноидная шизофрения составила $4,89 \pm 0,10$, что в 2,6 раза ($p < 0,01$) выше, чем в группе пациентов с диагнозом шизоаффективное расстройство - $1,84 \pm 0,10$. В обеих группах высокие средние показатели негативных симптомов были присущи симптомам "Половое влечение" и "Ограниченная целеустремленность". Согласно анализу субшкалы негативной симптоматики PANSS, средняя оценка ключевых пунктов оценивания в группе пациентов с ПШ была в 2,77 раза ($p < 0,01$) выше, чем в группе пациентов с ШАР - $4,74 \pm 0,11$ против $1,71 \pm 0,08$ соответственно. Нарушение спонтанности и текучести языка занимает одно из ведущих мест среди всех негативных симптомов данной шкалы в обеих группах пациентов. Установлена зависимость между фактором наличия или отсутствия музыкального слуха и степени выраженности негативной симптоматики при шизофрении и шизоаффективном расстройстве, что позволяет подтвердить целесообразность оценки музыкальных способностей у таких пациентов для расширения прогностических и диагностических возможностей в психиатрической практике.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, шизоаффективное расстройство, музыкальный слух.

Kostyuchenko N.V., Filts O.O.

PECULIARITIES OF PSYCHOACOUSTICS AS A DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF SCHIZOAFFECTIVE DISORDER AND PARANOID SCHIZOPHRENIA AT THE EARLY STAGES OF DEVELOPMENT

Annotation. The work carried out the assessment of interconnection between the presence of musical ear and defective manifestations in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder (SAD). SAD remained one of the most uncertain

mental disorders. The certain variability and instability in the diagnostic interpretation of this nosology, the fuzziness of the criterion assessment greatly affected the quality of diagnosis and differential diagnosis, especially in the early stages of development of mental disorders of this spectrum (affectively-paranoid). The aim of the study was to compare the peculiarities of psychoacoustics (namely the presence/absence of musical ear) in patients with the SAD diagnosis and in patients with paranoid schizophrenia (PS), as well as the degree of severity of negative symptoms. In our research we conducted comparative evaluation of negatives symptoms in 40 patients with paranoid schizophrenia and 40 patients with schizoaffective disorder by means of NSA-16 scale and PANSS negative symptoms subscale. Comparison of difference probability between indexes of research groups is done by means of chi-squared and Mann-Whitney tests. In the group of patients with schizoaffective disorder, most persons had musical ear, the rates of negative symptoms were significantly lower than in patients with paranoid schizophrenia, who did not have developed musical ear. Thus, the average assessment of negative symptoms according to the scale of NSA-16 in the group of patients with a diagnosis of paranoid schizophrenia was $4.89 \pm 0,10$, which by 2.6 ($p < 0,01$) higher than in the group of patients diagnosed with schizoaffective disorder - $1,84 \pm 0,10$. In both groups, the highest average rates of negative symptoms were inherent to the symptoms "Sexual attraction" and "Limited purposefulness". The average assessment of the key points of evaluation in the group of patients with PS, by 2,77 ($p < 0,01$) higher than in the group of patients with SAD - $4,74 \pm 0,11$ against $1,71 \pm 0,08$, according to the analysis of the subscale of negative symptoms of the PANSS. The violation of spontaneity and fluidity of speech occupied one of the leading places among all the negative symptoms of this scale in both groups of patients. So, the dependence between the factor of presence or absence of musical ear and the degree of severity of negative symptoms of schizophrenia and schizoaffective disorder was established, which allowed to confirm the expediency of evaluating musical abilities in such patients for the expansion of prognostic and diagnostic possibilities in psychiatric practice.

Keywords: *paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, musical ear.*
