

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОСТЮЧЕНКО НАТАЛІЯ ВІКТОРІВНА

УДК: 616.895.8-02:616.89-008.485]612.858.74

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ДЕФЕКТУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З І БЕЗ МУЗИЧНОГО СЛУХУ

14.01.16 – психіатрія

022 - охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня **кандидата медичних наук**

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ Костюченко Наталія Вікторівна

Науковий керівник: **Фільц Олександр Орестович, доктор медичних наук, професор**

Київ – 2019

АНОТАЦІЯ

Костюченко Н. В. Особливості формування дефекту у хворих на шизофренію з і без музичного слуху - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 «Психіатрія» - Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, МОЗ України, Львів, 2018.

У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення актуальної наукової задачі психіатрії – впровадження нових методик психодіагностики та реабілітації у пацієнтів із параноїдною шизофренією шляхом підвищення рівня клініко-діагностичної роботи, відновних заходів та тим самим підвищити якість життя пацієнтам, що страждають на дані психічні хвороби.

Доведено, що діагностика шизофренії на основі запропонованого авторами методу, яка передбачає тестування хворих на наявність/відсутність музичного слуху, дає можливість кваліфікувати особливості перебігу захворювання на ранніх етапах, в тому числі, у продромальній стадії.

Мета дослідження: вдосконалити прогностично-діагностичні алгоритми при параноїдній шизофренії (ПШ) та шизоафективному розладі (ШАР) на підставі вивчення фактору впливу наявності/відсутності музичного слуху на клінічні особливості перебігу цих розладів.

Для реалізації цієї мети було з'ясовано поширеність наявності/відсутності музичного слуху серед пацієнтів із параноїдною шизофренією (ПШ) та шизоафективним розладом (ШАР) в порівнянні із здоровими особами; вивчено особливості проявів позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом з та без музичного слуху за допомогою шкал PANSS та NSA-16; досліджено особливості формування позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією з та без музичного слуху, при встановленому початковому діагнозі «первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії» впродовж проспективного динамічного спостереження терміном 1 рік з допомогою шкал

PANSS та NSA-16; вивчено динаміку перебігу параноїдної шизофренії у пацієнтів з та без музичного слуху за 6-ма обраними катамнестичними критеріями; розроблено діагностичний алгоритм параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу з урахуванням фактору наявності/відсутності музичного слуху.

Для вирішення поставлених завдань було використано клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний, медико-статистичний методи дослідження. У результаті роботи розроблено алгоритм практичних рекомендацій щодо ранньої діагностики ПШ та ШАР.

Всі дослідження проводились на базі клінічних відділень Комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» впродовж періоду 2012-2017 рр. У дослідження були включені особи віком від 18 до 35 років, які поділялись на певні групи залежно від етапу дисертації.

Перша частина роботи присвячена дослідженню наявності/відсутності музичного слуху у субпопуляціях здорових осіб у порівнянні з поширеністю осіб із музичним слухом у епідеміологічному «зрізі» пацієнтів на ПШ та ШАР. Встановлені особливості психоакустичних властивостей у обстежуваних підтвердили важливість подальшого поглибленого дослідження психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад в залежності від наявності чи відсутності музичного слуху. Тому надалі нами проводилось порівняльне дослідження психопатологічних проявів у пацієнтів цих груп, застосовуючи у якості критеріїв оцінки діагностичні шкали PANSS та NSA-16.

Другий етап роботи включав порівняльне обстеження хворих із наявним музичним слухом та без музичного слуху, у яких в анамнезі був первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії та у подальшому підтверджений діагноз параноїдної шизофренії. Під час цього етапу проводилось поглиблене катамнестичне дослідження цих пацієнтів із використанням верифікованого підходу до діагностики за допомогою шкал PANSS та NSA-16.

Третя частина власних досліджень передбачала передусім узагальнюючу порівняльну оцінку різних методів діагностики ПШ та розробку удосконаленого алгоритму діагностично послідовних дій при постановці кінцевого діагнозу ПШ та ШАР.

Завершенням роботи стала оцінка проведеного моніторингу динаміки певних важливих показників параноїдної шизофренії, отриманих у результаті проспективного порівняльного спостереження протягом одного року після перенесеного психотичного епізоду у пацієнтів із наявним та відсутнім музичним слухом. Аналіз проводився за 6-ти катамнестичними ключовими критеріями: кількість загострень на рік, відновлення критики до хворобливих переживань, формування дефіцитарної симптоматики, якісні зміни мислення, перебіг захворювання (приступоподібний, прогресивний або афективні коливання), відновлення працездатності.

Аналіз результатів дисертаційної роботи показав, що у субпопуляції здорових осіб частка людей із розвиненим музичним слухом становила $66,25 \pm 5,29$ %, тоді як у пацієнтів із параноїдною шизофренією – у 2,2 рази менше осіб мали психоакустичні здібності ($30,00 \pm 7,25$ %), а у хворих на шизоафективний розлад – в 1,2 рази частіше ($80,00 \pm 6,32$ %), ніж в цілому в популяції.

Порівняння вираженості проявів дефіцитарної симптоматики у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та ШАР показало значно вищі ($p < 0,01$) середні бали негативної симптоматики за шкалою NSA-16 та шкалою PANSS у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

Значення всіх негативних критеріїв за шкалою PANSS були вищими у 1,61-2,58 рази ($p < 0,01$) у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із музичним слухом обох досліджуваних груп, із найбільшою різницею у пацієнтів із ПШ (у 2,14 рази) при критерії N1 «Притуплений афект», у пацієнтів із ШАР – при критерії N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» (у 2,58 рази).

Варто розглядати отримані результати як можливі маркери шизофренії зокрема, а також механізми до розуміння відмінностей дефіцитарної симптоматики при перебігу психічних хвороб.

За нашими дослідженнями доведеним ($p < 0,01$) є вищий рівень балів негативної симптоматики за шкалою PANSS при ПШ у жінок із наявним музичним слухом та у жінок із ШАР без музичного слуху, ніж у відповідних групах чоловіків. Також у жінок був значно вища інтенсивність проявів загальних симптомів за шкалою PANSS, ніж у чоловіків у обох групах хворих на ПШ та ШАР.

Результати аналізу проведеного дослідження серед пацієнтів з параноїдною шизофренією, що мали в анамнезі первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії, засвідчили, що у пацієнтів із розвинутим музичним слухом дефіцитарна симптоматика у формі падіння психічної активності (поєднання псевдобрадифренії зі збідненням афективних та вольових процесів) значно нижча, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху.

Порівняння результатів, отриманих після оцінки музичного слуху та після клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного дослідження показало дуже високу частоту співпадіння діагнозу параноїдної шизофренії після дослідження музичного слуху із кінцевим заключенням – 96,67 % випадків, тоді як після попереднього клініко-анамнестичного дослідження цей діагноз було підтверджено лише у 61,67 % випадку. Переважна більшість випадків ШАР (88,33 %) також співпала із кінцевим діагнозом після визначення музичного слуху, тоді як після клініко-анамнестичного методу – у 75 % випадків. Це підтверджує важливість визначення музичного слуху у пацієнтів із підозрою на ПШ чи ШАР, що дозволить полегшити постановку діагнозу, скоротивши кількість інших досліджень та час, затрачений на їх проведення.

Також слід відмітити, що психопатологічна оцінка стану пацієнта є описовою в своїй суті та досить тривалою у часі, а параклінічні методи - дорогими та затратними в цілому, і швидше спрямовані на виключення органічних уражень головного мозку, і тому визначення особливостей психоакустики, яке є дешевим, швидким, простим у виконанні, дає можливість діагностики і прогнозу розвитку таких захворювань, як ПШ та ШАР.

Обрахунок відношення шансу інтенсивних проявів негативних симптомів

параноїдної шизофренії у осіб без музичного слуху є в цілому в 27,76 разів більший ($p < 0,05$), ніж у осіб із розвиненим музичним слухом, шизоафективного розладу - у 32,56 рази більший ($p < 0,05$).

Моніторинг стану пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом року спостереження показав, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом якісні зміни мислення та рівень дефіцитарної симптоматики значно нижчі, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. Відновлення критики до хворобливих переживань та відновлення працездатності були притаманні більш частіше для пацієнтів із музичним слухом порівняно з хворими без музичного слуху.

Рекомендовано враховувати фактор наявності / відсутності музичного слуху як один із чітко верифікованих і легко тестованих предикторів параноїдної шизофренії.

На підставі результатів проведеного дослідження розроблена та впроваджена в практику удосконалена модель системи діагностики ПШ у осіб із підозрою на це захворювання.

Надано рекомендації щодо удосконалення системи діагностики ПШ та ШАР при наявності ранніх ознак захворювання із застосуванням ефективних простих методик визначення музичного слуху для впровадження в систему охорони здоров'я, що підвищить ефективність діагностики, лікування та профілактики рецидивів пацієнтів із ПШ та ШАР.

Визначення наявності музичного слуху у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом вирішує питання щодо можливості прогнозу перебігу захворювання.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, шизоафективний розлад, музичний слух, дефіцитарна симптоматика, афективні симптоми, первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії.

SUMMARY

Kostyuchenko N.V. Differences in the clinical course of paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder in the presence and absence of musical hearing – Manuscript.

Dissertation for gaining a scientific degree of the candidate of medical sciences in specialty 14.01.16 – psychiatry. – Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky; State institution "Scientific Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, 2019.

The dissertation presents a theoretical generalization and a new solution of the actual scientific problem of psychiatry - the introduction of new methods of psychodiagnosis and rehabilitation in patients with paranoid schizophrenia by increasing the level of clinical and diagnostic work, restorative measures and thereby improving the quality of life for patients suffering from mental illness.

On the basis of the results of the research, the algorithm for diagnosing paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder in patients suspected of the disease was developed and introduced into practice. It has been proved that the diagnosis of schizophrenia based on the proposed method, which involves testing patients for the presence/absence of musical hearing, makes it possible to qualify the disease at an early stage, including in the prodromal stage.

Research purpose: to improve prognostic and diagnostic algorithms in paranoid schizophrenia (PS) and schizoaffective disorder (SAD) based on the study of the influence of the presence/absence of musical hearing on the clinical features of the course of these disorders.

To achieve this, the prevalence of musical hearing/absence in patients with paranoid schizophrenia (PS) and schizoaffective disorder (SAD) was compared with healthy subjects; peculiarities of manifestations of positive and negative symptomatology in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder with and without music hearing using the PANSS and NSA-16 scales were studied; peculiarities of formation of positive and negative symptomatology in patients with paranoid schizophrenia with and without music hearing were investigated, with initial

diagnosis of "primary psychotic episode with symptoms of schizophrenia" during prospective dynamic observation with a term of 1 year and NSA-16 scale; the dynamics of the course of paranoid schizophrenia in patients with and without music hearing were studied according to 6 selected criteria; a diagnostic algorithm for paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder was developed, taking into account the factor of presence/absence of musical hearing.

Epidemiological, instrumental, psychopathological and statistical methods of research were used to solve these tasks. As a result, the algorithm of practical recommendations for early diagnosis of PS and SAD is developed.

All studies were conducted on the basis of clinical departments of the Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital during the period 2012-2017. The study included persons aged 18 to 35 years, who were divided into specific groups depending on the stage of the dissertation.

The first part of the work is devoted to the study of psychoacoustic abilities in the general population of healthy persons in comparison with the prevalence of people with musical hearing in the epidemiological "cut" of patients with PS and SAD. The established peculiarities of psychoacoustic properties in the subjects confirmed the importance of further in-depth study of psychopathological manifestations in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder depending on the presence or absence of musical hearing. Therefore, we subsequently conducted a comparative study of psychopathological manifestations in patients of these groups, using the diagnostic scales PANSS and NSA-16 as the criteria for evaluation.

The second stage of the work included a comparative examination of patients with existing musical hearing and without musical hearing who had a history of primary psychotic episode with symptoms of schizophrenia and subsequently confirmed the diagnosis of paranoid schizophrenia. During this phase, an in-depth follow-up study of these patients was conducted using a verified PANSS and NSA-16 diagnostic approach.

The third part of our own research foresees first of all a generalized comparative evaluation of different methods of diagnosis of PS and development of an improved

algorithm of diagnostically sequential actions at making the final diagnosis of PS and SAD.

The conclusion of the work was to evaluate the monitoring of the dynamics of certain important indicators of paranoid schizophrenia, obtained as a result of prospective comparative observation within one year after suffering a psychotic episode in patients with existing and absent musical hearing. The analysis was performed according to 6 key criteria: number of exacerbations per year, restoration of critique to painful experiences, formation of deficient symptoms, qualitative changes of thinking, course of the disease (progressive, progressive or affective fluctuations), restoration of working capacity.

Analysis of the results of the dissertation showed that in the population of healthy persons the share of people with advanced musical hearing was $66,25 \pm 5,29\%$, while in patients with paranoid schizophrenia - 2,2 times less people had psychoacoustic abilities ($30,00 \pm 7,25\%$), and in patients with schizoaffective disorder - 1,2 times more often ($80,00 \pm 6,32\%$) than in the whole population.

Comparison of severity of manifestations of deficiency symptomatology in patients diagnosed with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder showed significantly higher ($p < 0.01$) mean negative symptom scores on the NSA-16 scale and the RANSS scale in patients with paranoid schizophrenia.

The values of all negative criteria on the PANSS scale were 1.61-2.58 times higher ($p < 0.01$) in patients without music hearing than in patients with music hearing in both study groups, with the largest difference in patients with PS (in 2.14 times) for criterion N1 "Blunt affect", in patients with SAD - for criterion N4 "Passive-apathetic social fence" (2.58 times).

The results should be considered as possible markers of schizophrenia in particular, as well as mechanisms for understanding the differences in deficiency symptoms in the course of mental illness.

According to our research, ($p < 0.01$) a higher level of negative symptoms on the PANSS scale was observed in PS with women with existing musical hearing and in women with non-musical hearing SAD than in the corresponding groups of men.

Women also had a significantly higher intensity of manifestations of common symptoms on the RASS scale than men in both groups of patients with PS and SAD.

The results of the analysis of the study among patients with paranoid schizophrenia who had a history of primary psychotic episode with symptoms of schizophrenia, showed that in patients with advanced musical hearing deficient symptoms in the form of a fall in mental activity (combination of pseudo bradyphrenia with blunted affect) are lower than in patients without advanced musical hearing.

Comparison of the results obtained after evaluation of musical hearing and after clinical-anamnestic and clinical-psychopathological examination showed a very high frequency of coincidence of the diagnosis of paranoid schizophrenia after the study of musical hearing with final conclusion - 96.67% of cases, whereas after the previous clinical-anamnestic study this diagnosis was confirmed in only 61.67% of the case. The overwhelming majority of cases of SAD (88.33%) also coincided with the final diagnosis after the determination of musical hearing, whereas after the clinical-anamnestic method - in 75% of cases. This confirms the importance of determining musical hearing in patients with suspected PS or SAD, which will facilitate diagnosis by reducing the number of other studies and the time spent conducting them.

It should also be noted that the psychopathological assessment of the patient's condition is descriptive in nature and time-consuming, and paraclinical methods are expensive and costly in general, and rather aimed at eliminating organic brain damage, so determining the features of psychoacoustics, which is cheap, fast , simple to perform, enables the diagnosis and prognosis of diseases such as PS and SAD. The ratio of the chance of intense manifestations of negative symptoms of paranoid schizophrenia in persons without musical hearing is as a whole 27.76 times higher ($p < 0.05$) than in persons with advanced musical hearing, schizoaffective disorder - 32.56 times greater ($g < 0.05$).

Monitoring of patients with paranoid schizophrenia during the year of observation showed that in patients with advanced musical hearing, qualitative changes in thinking and the level of deficient symptoms are significantly lower than in patients without advanced musical hearing. Renewal of criticism for painful experiences and

restoration of performance were more common for patients with musical hearing than patients without musical hearing.

It is recommended to consider the presence/absence of musical hearing as one of the well-verified and easily tested predictors of paranoid schizophrenia.

Based on the results of the study, an improved model of the system for the diagnosis of PS in persons suspected of this disease was developed and put into practice.

Recommendations are made to improve the diagnosis of PS and SAD in the presence of early signs of the disease using effective simple methods of determining musical hearing for introduction into the health care system, which will increase the efficiency of diagnosis, treatment and prevention of relapses of patients with PS and SAD.

Determining the presence of musical hearing in patients with paranoid schizophrenia and schizoaffective disorder addresses the possibility of predicting the course of the disease.

Key words: paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, musical hearing, deficient symptoms, affective symptoms, primary psychotic episode with symptoms of schizophrenia.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Kostyuchenko N., Filts O. Paranoid schizophrenia negative symptoms features in case of presence of musical ear // «EUREKA: Health Sciences». 2018. № 3. P. 54-60.
2. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Особливості психоакустики як диференційно-діагностичного критерію шизоафективного розладу та параноїдної шизофренії на ранніх етапах виникнення // Вісник Вінницького НМУ. 2018. № 2. С. 168-172.
3. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух та особливості негативної симптоматики при шизофренії // Буковинський медичний вісник. 2018. № 3. С. 31-35.
4. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом: методика визначення та результати // Вісник наукових досліджень. 2018. № 3. С. 76-79. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9224>.
5. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівень та якісний склад позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом залежно від психоакустичних здібностей // Архів психіатрії. 2018. № 3. С. 142-145.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

6. Костюченко Н., Фільц О. Фактор наявності музичного слуху та особливості негативної симптоматики (дефекту) при шизофренії // Праці НТШ. Мед. науки. 2015. Т. XLIII. С. 109–116.
7. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівні музичного слуху в пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом // Збірник праць СФУЛТ, вересень 2018 р. – С. 620.

8. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Взаємозв'язок особливостей психоакустики та негативної симптоматики у хворих на шизофренію // Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, випуск 1 (90). С. 129.

9. Костюченко Н. В. Динаміка змін параноїдної шизофренії при проспективному спостереженні за пацієнтами із наявним та відсутнім музичним слухом // Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції «Майбутні дослідження». 2019. Болгарія. С. 54-56. <http://www.rusnauka.com/pdf/247625.pdf>.

10. Костюченко Н. В. Діагностична цінність визначення музичного слуху при психічних розладах ендегенного спектру // Матеріали XV міжнародної науково-практичної конференції «Наука і цивілізація-2019», Медицина /7.Клиническая медицина. Science and Education Ltd. с.3. <http://www.rusnauka.com/pdf/247356.pdf>.

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

11. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Первинний психотичний епізод: підходи до ранньої діагностики та прогнозу захворювання // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2015. №1 (27). С.46-50.

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ.....	2
SUMMARY.....	7
СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	12
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	17
ВСТУП.....	18
РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ МУЗИЧНОГО СЛУХУ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ.....	24
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
2.1 Дизайн роботи та загальна характеристика груп дослідження	43
2.2 Методи дослідження.....	45
2.2.1 Дослідження музичного слуху.....	45
2.2.2 Клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи досліджень.....	50
2.2.3 Статистичні методи аналізу даних.....	51
РОЗДІЛ 3 ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ПРОЯВІВ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ ВІД НАЯВНОСТІ/ВІДСУТНОСТІ МУЗИЧНОГО СЛУХУ	52
3.1 Порівняльна характеристика досліджуваної та контрольної групи в залежності від наявності/відсутності музичного слуху.....	52
3.2 Порівняльна оцінка негативної симптоматики за шкалою НСА-16 у пацієнтів досліджуваних груп залежно від наявності/відсутності музичного слуху.....	53
3.3 Оцінка негативної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп	58
3.4 Порівняльна оцінка взаємозалежності рівнів негативних шкал NSA та PANSS у пацієнтів із ПШ та ШАР.....	65

3.5 Оцінка позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп.....	70
3.6 Оцінка загальної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп.....	76
РОЗДІЛ 4 ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ МУЗИЧНОГО СЛУХУ ТА РОЗВИТКУ ДЕФІЦИТАРНОЇ СИМПТОМАТИКИ ЗА ШКАЛАМИ NSA-16 ТА PANSS У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ПЕРЕНЕСЕНИМ ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ З СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНІЇ.....	
4.1 Аналіз результатів дослідження впливу фактору наявності / відсутності музичного слуху на дефіцитарну симптоматику за шкалою NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією.....	83
4.2 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку негативної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп.....	85
4.3 Аналіз результатів дослідження кореляційного взаємозв'язку між інтенсивністю проявів дефіцитарної негативної симптоматики параноїдної шизофренії за шкалою PANSS та шкалою NSA-16 у пацієнтів з ПШ досліджуваних груп.....	98
4.4 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку позитивної дефіцитарної симптоматики за шкалою PANSS-PS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп.....	101
4.5 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку дефіцитарної симптоматики за субшкалою загальної психопатології (G) шкали PANSS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп.....	109
РОЗДІЛ 5 РИЗИК І ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД НАЯВНОСТІ/ВІДСУТНОСТІ МУЗИЧНОГО СЛУХУ У ПАЦІЄНТІВ ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУП.....	
	116

5.1 Діагностична цінність визначення музичного слуху при психічних розладах ендogenous спектру	116
5.2 Динаміка змін параноїдної шизофренії при проспективному спостереженні за пацієнтами із наявним та відсутнім музичним слухом...	122
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	131
ВИСНОВКИ.....	140
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	143
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ.....	144
ДОДАТКИ.....	169

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

ВШ - відношення шансів

ЛОКПС - Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня

НН - негативна неузгодженість

ППЕзСШ – первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії

ПШ - параноїдна шизофренія

ШАР – шизоафективний розлад

$M \pm m$ - середня величина (Mean) та її середня похибка ($\pm m$)

NSA-16 - 16-item Negative Symptom Assessment (шкала «Оцінки негативних симптомів-16»)

OR - Odds Ratio

PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale (Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів)

$P \pm mp$ - відносна величина (P, у %) та похибка відносної величини ($\pm mp$)

ВСТУП

Актуальність теми. Шизофренія, залишаючись з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії, належить до особливо найбільш важкокурабельних форм психічної патології. Наслідком шизофренії є важка соціальна дезадаптація, а у більшості випадках - інвалідизація хворих [54, 58, 92, 155]. На даний час, завдяки вагомій кількості досліджень за останнє сторіччя, розроблено концепцію патогенезу шизофренії, виокреслені клінічні форми хвороби, типи перебігу, сформовані методи діагностики та реабілітації. Однак, незважаючи на значний поступ, проблеми ранньої діагностики, а особливо прогнозу, надалі залишаються невирішеними. За даними ВООЗ серед населення шизофренією захворює 1,1 % чоловіків та 1,9 % жінок; при цьому дві третини з них потребують госпіталізації до психіатричного закладу (2018 р.) [251]. Основна кількість випадків захворюваності на шизофренію є в межах від 15 до 54 років, що становить основний віковий пласт працездатного населення. Тому пошук нових вірогідних способів раннього розпізнавання та прогнозування перебігу шизофренії є одним із пріоритетних напрямків психіатрії сьогодення [67, 72, 106, 185, 187].

У практичному застосуванні лікаря-психіатра арсенал діагностичних заходів та прийомів базується на клініко-описовому підході. Цей підхід, незважаючи на наявність алгоритмів чіткої критеріальної діагностики перших психотичних епізодів (DSM-5, ICD-10), не забезпечує, однак, надійної кваліфікації подальшого перебігу, а головне – формування негативної симптоматики, яка визначає важкість захворювання у найбільшій мірі та ступінь інвалідизації [51, 161, 188, 200].

Важливість прогностичної кваліфікації перебігу і прогнозу шизофренії диктується прогресивним та суттєвим зниженням соціального та індивідуального функціонування, можливостей самореалізації, працевлаштуванню та створення сім'ї [33, 34, 55, 56]. Саме тому, вагомість дослідження факторів, які дають змогу передбачати інтенсивність позитивної симптоматики і, особливо, вираженість негативних проявів при шизофренії стає однією з центральних проблем усієї

сучасної психіатрії [110, 199, 250].

Тенденції сучасної медицини спрямовані на виявлення прогностичних маркерів, заснованих на фізіологічних показниках або біологічних конституційних особливостях функціонування організму, дедалі активніше виявляють себе і в психіатрії. Однак, реалізація цієї тенденції при вивченні шизофренії, незважаючи на великий масив різнорідних даних щодо можливих маркерів перебігу і прогнозу, досі залишається недостатньо результативною [106, 242].

Ряд сучасних досліджень вказує на можливості системного нового підходу у діагностиці ранніх проявів параноїдної шизофренії та ознак дефіцитарної симптоматики за рахунок врахування змін фізіологічних показників органів чуття, і слуху, зокрема. Одним із перспективних та пріоритетних - як з медичної точки зору так, і з економічної точки зору - є вивчення методики психоакустичної діагностики психічних розладів [132, 190]. Результати таких досліджень пропонують нові можливості подальшого наукового пошуку простих у застосуванні та доказово надійних маркерів ранньої диференціації параноїдної шизофренії з шизоафективною хворобою в аспекті їхнього перебігу та прогнозу. Сказане визначає собою актуальність дисертаційної роботи, присвяченої особливо важливому напрямку досліджень у психіатрії – впровадженню нових підходів клінічного прогнозування перебігу та висліду параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу вже на ранніх етапах діагностики цих розладів.

З огляду на вище викладене, тема дисертаційної роботи є актуальною, і присвячена важливому напрямку в медицині – впровадженню нових підходів клінічного прогнозування у пацієнтів на параноїдну шизофренію, що дасть новий поштовх у розумінні раннього розпізнавання, диференційної діагностики та реабілітації наслідків цієї хвороби.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконана в межах науково-дослідної роботи кафедри психіатрії та психотерапії Факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на тему:

«Коморбідні фактори патоморфозу при психічних розладах» (номер державної реєстрації 0114U000109, термін виконання 2014-2018 рр).

Мета дослідження – вдосконалити прогностично-діагностичні алгоритми при параноїдній шизофренії (ПШ) та шизоафективному розладі (ШАР) на підставі вивчення фактору впливу наявності/відсутності музичного слуху на клінічні особливості перебігу цих розладів.

Завдання дослідження:

1. З'ясувати поширеність наявності/відсутності музичного слуху серед пацієнтів із параноїдною шизофренією (ПШ) та шизоафективним розладом (ШАР) в порівнянні із здоровими особами.

2. Вивчити особливості проявів позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом з та без музичного слуху за допомогою шкал PANSS та NSA-16.

3. Дослідити особливості формування позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією з та без музичного слуху, при встановленому початковому діагнозі «первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії» впродовж проспективного динамічного спостереження терміном 1 рік з допомогою шкал PANSS та NSA-16.

4. Вивчити динаміку перебігу параноїдної шизофренії у пацієнтів з та без музичного слуху за 6-ма обраними катамнестичними критеріями.

5. Розробити діагностичний алгоритм параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу з урахуванням фактору наявності/відсутності музичного слуху.

Об'єкт дослідження: параноїдна шизофренія та шизоафективний розлад.

Предмет дослідження: особливості розвитку й ступеню вираженості позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів з ПШ та ШАР із наявним/відсутнім музичним слухом.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний; патопсихологічний; психодіагностичний; соціально-демографічний; медико-статистичний.

Наукова новизна отриманих результатів

1. Із позиції ризико-орієнтованого підходу визначено оцінку рівня музичного слуху у загальній популяції та серед пацієнтів із ПШ та ШАР.
2. Встановлено роль фактору наявності музичного слуху в загальній мультифакторній патогенетичній картині параноїдної шизофренії, та зокрема у формуванні дефіцитарних проявів.
3. Отримано поглиблені уявлення про рівень окремих дефіцитарних симптомів ПШ та ШАР у пацієнтів із різними психоакустичними здібностями.
4. Визначено взаємозв'язок між відсутністю музичного слуху та значною інтенсивністю проявів дефіцитарної симптоматики ПШ та ШАР.
5. Встановлено діагностичну ефективність визначення психоакустичних здібностей у пацієнтів із ПШ та ШАР у прогнозуванні подальшого розвитку захворювання та вибору тактики лікування.
6. Доведено важливу роль проведення визначення музичного слуху у пацієнтів при первинному психотичному епізоді з симптомами шизофренії.
7. Удосконалено алгоритм комплексної діагностики ПШ та ШАР.

Практичне значення одержаних результатів

Отримані результати дослідження дозволяють впровадити в практику верифіковані та доступні діагностичні маркери ПШ та ШАР - наявність/відсутність музичного слуху – у осіб із перенесеним первинним психотичним епізодом. Дані рекомендації щодо удосконалення системи діагностики ПШ та ШАР при наявності ранніх ознак захворювання із застосуванням ефективних простих методик визначення наявності музичного слуху в закладах охорони здоров'я дозволять підвищити ефективність діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із цими хворобами.

Розроблено прогностично-діагностичні маркери параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

Соціальний ефект роботи – збереження здоров'я пацієнтів та

пришвидшення їх соціальної адаптації у суспільстві.

Економічний ефект – заощадження коштів за рахунок економії вартості, часу та людських ресурсів при проведенні діагностичних процедур ПШ та ШАР, відшкодувань на компенсацію втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, коштів на лікування та їх реабілітацію.

Теоретичні положення дисертаційного дослідження впроваджені в навчальний процес кафедри психіатрії та психотерапії Факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, впроваджені у практичну роботу психіатричних відділень Комунального закладу Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» (на сьогодні – Комунальне неприбуткове підприємство Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня») та психіатричних відділень Комунального закладу Львівської обласної ради «Львівський обласний клінічний психіатричний диспансер».

Особистий внесок здобувача

Дисертація є власною науковою працею автора. Здобувач самостійно здійснила аналіз та узагальнення джерел світової літератури за темою дисертації. Окреслено мету, завдання, напрямки та методи роботи, отримано результати та висновки. Дисертантом особисто сформовано досліджувані групи та здійснено весь комплекс необхідних обстежень. Здобувач приймала участь у проведенні визначення музичного слуху пацієнтів. Оцінювала їх психопатологічний стан, проводила аналіз отриманих результатів. Автор самостійно виконала статистичний аналіз отриманих результатів. Дисертант обґрунтувала та розробила удосконалену модель діагностики ПШ та ШАР, в яку входять діагностичні маркери цих захворювань. Всі розділи дисертаційної роботи написані здобувачем особисто. Особистий внесок здобувача у роботах, написаних у співавторстві, зазначено у списку опублікованих праць за темою дисертації.

Апробація результатів роботи

Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено на заходах: Training in psychoanalytic psychotherapy accordance with the regulations of the Practitioner (Vienna, 2014); XXI konferencji NS «Bieszczadzkie dni psychiatryczne» (Arlamow, 06-08.10.2016); регіональному конгресі «Людина та ліки» - Україна (Львів, 20.10.2016); конференції з міжнародною участю «Основи психотерапії» (Львів, 15.06.2018); XVII Конгресі Світової Федерації Лікарських Товариств (м. Тернопіль, 20-23.09.2018). Апробація дисертації відбулася на спільному засіданні кафедри психіатрії та психотерапії Факультету післядипломної освіти та кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького від 21.05.2019 р. протокол № 57.

Публікації. За матеріалами дисертаційної роботи опубліковано 11 наукових праць, у тому числі 6 статей, з них 5 статей у фахових виданнях (з них включених до міжнародних наукометричних баз – 3); 5 тез у наукових збірниках, матеріалах наукових конференцій, з'їздів і конгресів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота написана українською мовою. Повний обсяг - 172 сторінки, із них основного тексту - 125 сторінок. Робота складається з анотацій двома мовами, вступу, огляду літератури, розділу «Матеріали та методи дослідження», 3 розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел літератури та 3 додатків. Матеріали дисертації ілюстровано 45 таблицями і 18 рисунками. Список використаних джерел літератури містить 253 найменування, з них 106 – кирилицею, 147 – латиною.

РОЗДІЛ 1

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПСИХОАКУСТИЧНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОМУ РОЗЛАДІ

Із метою вивчення наявності музичного слуху як прогностичного фактору негативної та позитивної симптоматики при параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі, а також їх перебігу у чоловіків та жінок було здійснено літературний пошук та метааналіз та такими тематичними блоками: параноїдна шизофренія та шизоафективний розлад як клінічна проблема (методи діагностики, прогнозування, реабілітації); фізіологічні особливості музичного сприйняття, музичного слуху, психоакустики при психічних захворюваннях, зокрема параноїдній шизофренії та шизоафективному розладі.

Результати аналізу фундаментальних вітчизняних [58, 92, 100] та зарубіжних [32, 125, 186, 187, 188] праць з психіатрії вказують на те, що проблема діагностики, патогенезу, прогнозування та лікування шизофренії не є новою, адже шизофренія відноситься до поширених і важкокурабельних форм психічної патології, що призводить до тяжкої соціальної дезадаптації, а у багатьох випадках інвалідизації хворих [178].

Переважає більшість проведених у минулому столітті досліджень [32, 100, 111, 112, 115] презентують класичні діагностичні алгоритми шизофренії, що базуються на описових методиках суб'єктивних переживань пацієнтів. Оскільки такий механізм в певній мірі ускладнює раннє та своєчасне виявлення шизофренії через необхідність наявності розгорнутої клінічної картини хвороби, пріоритетним напрямом сучасних досліджень в царині психіатрії [92, 188, 189] є пошук нових об'єктивних і вірогідних методів раннього розпізнавання та прогнозування перебігу шизофренії.

Нині, завдяки значній кількості досліджень розроблена концепція патогенезу шизофренії [14, 15, 16, 124], виокреслені клінічні форми й типи перебігу хвороби [1, 2, 3], сформовані методи діагностики [115] та реабілітації

[24, 54, 60, 194]. Показовими є статистичні дані ВООЗ [251], що засвідчують ризик виникнення шизофренії у близько 1 % всього населення. За найновішими даними, кількість осіб, що хворіють на цю недугу становить приблизно 23 мільйони. Серед населення в цілому хворими на шизофренію є близько 12 мільйонів чоловіків та 9 мільйонів жінок, середній вік початку хвороби становить 15-25 років для чоловіків і 25-35 років для жінок. Після 35 років можуть захворіти 17 відсотків жінок та 2 відсотки чоловіків. У працях Das та I. Kreitschmann-Andermahr [136, 176, 197] описано гендерні особливості розвитку шизофренії та шизоафективних розладів.

Дослідження проявів дефіцитарної симптоматики при шизофренії відображені в багатьох працях [111, 112, 150, 224, 226]. Наш пошук засвідчив, що найскладнішою і найсуперечливішою проблемою при вивченні шизофренії є шизофренічний дефект. Сьогодні існує кілька фундаментальних підходів [111, 112, 123, 188, 237] систематизації саме негативної симптоматики при шизофренічному процесі. Один із 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) [224, 226, 230, 232]. Інший підхід – «політетичний», при якому розглядають єдиний дефект складної структури [53, 80, 90]. Оцінка негативної симптоматики проводиться з використанням шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16) (англ. 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) [240]. Відомі також випадки застосування фактору дезорганізації позитивної та негативної шкали синдромів [110, 227, 239] і шкали PANSS, що засвідчила свою надійність як оперативний фармакоєфективний інструмент [127].

Автори, які розглядають психічний дефект у рамках політетичної моделі [148, 236], 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. 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 розглядаються як два самостійні типи дефекту – дефект з переважанням деформації структури особистості (зміни за типом «verschroben», тобто дивакуватості та химерності, зі зниженням рівня особистості) [75, 76, 125, 196] та падіння психічної активності (поєднання псевдобрадифренії зі збідненням афективних і вольових процесів) [78, 125, 237]. В практичній психіатрії саме ця форма дефіциту по своїй суті є найбільш прогностично несприятливою, позаяк призводить до швидкої інвалідизації, ускладнює чи навіть унеможлиблює проведення ефективних реабілітаційних заходів [167, 206]. 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 [84, 122, 223]. Прогностичні можливості в питаннях подальшої соціалізації та реабілітації пацієнтів із шизофренією залишаються доволі обмеженими [91, 126, 194, 232, 242, 245].

Низка актуальних досліджень [122, 189, 209, 211] вказують на можливості системного нового підходу у діагностиці ранніх проявів шизофренії та ознак дефіцитарної симптоматики за рахунок врахування змін фізіологічних показників органів чуття, зокрема слуху. Вивчення методики психоакустичної діагностики при психічних розладах є перспективно пріоритетним науковим напрямом, на що вказують вищезгадані верифіковані дослідження закордонних вчених. Результати таких досліджень розгортають широке поле можливостей подальшого наукового пошуку у напрямі застосування нових методик, показників чи можливо маркерів психічних розладів та наслідків їх перебігу [93, 98, 101, 102].

Результатами досліджень Bertelsen, Nielzén S, Källstrand J. доведено високу ефективність визначення певних фізіологічних та біологічних змін, а також їх вплив на виникнення й перебіг психічних розладів, зокрема шизофренії [122, 185,

191, 209, 210]. За мету поставлено розпізнавання перших ознак наслідку перебігу психічної хвороби у вигляді «дефекту» в емоціях та волі. Власне наростанням дефіциту певних властивостей емоційно-вольової сфери, яку зазначають як «дефект» чи «дефіцит», зумовлене соціальне відмежування пацієнта, що страждає на шизофренію [123, 172, 237]. Дефіцитарна або «негативна» симптоматика є причиною соціальної аутизації, втрати звичних життєвих контактів та трудової дезадаптації, а також соціальної «стигматизації» [105, 113, 159], тому окрім діагностики другою важливою проблемою є і подолання наслідків перебігу психічного недугу [89, 111, 112, 189, 191, 209, 210, 211, 223].

Процеси, що спричинюють розвиток нейропсихологічних недостатностей при шизофренії недостатньо вивчені. Для ідентифікації преморбідного стану або можливого погіршення стадії захворювання здебільшого застосовуються тести на визначення рівня загального розумового розвитку [103, 104, 177, 208]. Проте дослідження засвідчують, що пацієнти з шизофренією демонструють різні результати погіршення когнітивних можливостей, що відбувається під впливом низки фізичних та когнітивних чинників [126, 131, 177, 208, 225].

Сучасна психіатрія розглядає етіопатогенез чи клініку психічних хвороб не лише прямолінійно й емпірично, а й долучає до розуміння і пояснення фізіологічні та біологічні показники. Новий поштовх у дослідженні методів діагностики надали у 2008 році J. Källstrand, S. Fristedt, S. Nehlstedt, M. Ling Sköld, S. Nielzén. У своїх дослідженнях автори вказують на фізіологічні особливості слуху - особливості психоакустики у осіб із психічними розладами [185, 191, 209, 210, 211], зокрема відчуття ритму у хворих на шизофренію. Окрім цього, науковцями доведено, що діагностика шизофренії на основі запропонованого методу тестування хворих на наявність/відсутність ритмо-музичного слуху можна кваліфікувати захворювання на ранніх етапах, в тому числі, у продромальній стадії [106, 195, 202, 226, 244]. Доведено, що відчуття ритму у хворих на шизофренію є іншим, ніж у людей, які не мають шизофренії [180, 220, 221, 238]. Тому, існує науковий інтерес щодо дослідження можливості використання таких даних як маркерів захворювання, а також виявлення можливих розбіжностей між

видами негативної симптоматики як наслідок психічної хвороби. У згаданих вище працях [191, 209, 210, 211, 244] також науково обґрунтовано прицільне застосування музикотерапії як провідного терапевтичного й реабілітаційного заходу при дефіцитарній симптоматиці.

Раніше дефіцити, пов'язані з обробкою сенсорної інформації вивчалися як компоненти можливого психофізіологічного механізму при шизофренії. У наш час їх розглядають з метою розуміння молекулярних та нейробіологічних механізмів і характеризують як посередників між молекулярними та клітинними механізмами, а також клінічними симптомами шизофренії, зокрема галюцинаціями. Вплив здатності сприйняття й ідентифікації навколишніх звуків на можливий розвиток подальших ускладнень шизофренії як слухові вербальні галюцинації досліджено у працях Conde T. та Norton [132, 181, 216].

Дослідники ролі та впливу звукових або слухових чинників в контексті шизофренії розглядають цю проблему крізь призму негативності неузгодженості (англ. mismatch negativity; рос. негативность рассогласования) [212, 252], розладів сприйняття звукових стимулів, а також вродженої відсутності здатності музичного сприйняття або амузії, а також.

Негативність неузгодженості (НН) – це особливий вид мозкової хвилі, який з'являється у відповідь на зміну одноманітної послідовності явищ в навколишньому середовищі. Іншими словами, це реакція нервової системи на надзвичайне відхилене від очікуваного явище, що відбувається незалежно від концентрації на звуках. Негативність неузгодженості при шизофренії досліджується з метою діагностики ранніх проявів [108, 138, 171, 195, 200, 202], прогнозу подальшого перебігу [114, 144, 199, 247], пошуку нових терапевтичних технологій [138, 144, 179, 201, 247].

Вважається, що люди народжуються з готовими здібностями, за допомогою яких вони можуть знайомитися з музичними малюнками в навколишньому світі, до яких належить відчуття ритму. Цей факт підтверджений дослідженням музичних здібностей новонароджених під час сну [212, 252]. За даними

електроенцефалографії новонароджених дослідники виявили, що новонароджені здатні виділяти ритм в музичних уривках, реагуючи на відхилення у ньому негативністю неузгодженості [70]. Однак, музичні здібності не обмежуються виявленням ритму і включають розпізнавання звуків за таким властивостям, як гучність, тривалість, висота тощо. Про це йдеться у праці Т. Nazzi [207]. Вчений дослідив уміння французьких немовлят розрізнати висоту інтонації (висхідна, низхідна) мовлення за допомогою сили і частоти смоктання. Дослідження засвідчило здатність лише окремих новонароджених помічати відмінності у висотному контурі.

Реакція негативності неузгодженості у вигляді відхилення висоти тону у хворих на шизофренію під час звукового завдання досліджували також Dean Salisbury et al. [199, 219, 220, 221]. Dean вивчив реакцію негативної неузгодженості у вигляді відхилення тривалості звучання. Встановлено, що проста негативність неузгодженості на нечастотні відхилення висоти тону є погіршеною в осіб з довготривалим перебігом шизофренії і передусім вказує на недостатність розпізнавання відхилень на пізніх контурах мелодії [219]. Таким чином доведено, що згадані вище реакції не є достатніми біомаркерами наявності захворювання, проте надійні в ролі біомаркерів його прогресу та можуть служити показниками результатів і стратегії терапевтичних маніпуляцій для продромального та раннього періоду шизофренії [219, 220].

Шизофренія характеризується наявністю численних розладів селективної уваги [181, 133, 216], проте їх роль вторинна порівняно із порушеннями обробки сенсорної інформації. Це твердження обґрунтоване у дослідженні Stanley V. Catts et al. [127]. Автори використали «негативність неузгодженості» як потенційний показник слухової пам'яті під час експериментального дослідження пацієнтів з шизофренією та здорових осіб такого ж віку й статі. Слухові стимули презентувалися під час виконання учасниками експерименту окремого завдання на візуальне сприйняття, що цілком займало їхню увагу. Викликані потенціали визначалися за допомогою рідкісних відхилених і основних регулярних стандартних слухових стимулів, що відрізнялися своєю тривалістю. Власне

різниця амплітуди між цими стимулами вважалася негативністю неузгодженості. Пацієнти з шизофренією мали значно нижчу амплітуду, ніж здорові особи. Окрім цього, у дослідженні виявлено, що амплітуда негативності неузгодженості пов'язана лише із негативною симптоматикою шизофренії та може бути маркером хронічності або схильності до розвитку шизофренії [127].

У праці Dean F. Salisbury висвітлено результати дослідження негативності неузгодженості (НН) та преморбідного інтелекту на первинних періодах госпіталізації хворих на шизофренію [220]. Метою дослідження було підтвердження надійності використання НН як біомаркера наявності захворювання на ранніх стадіях. Вчені обстежили 29 пацієнтів, котрі страждають на шизофренію впродовж максимум одного року від першої госпіталізації за допомогою комплексу тестів, орієнтованих на визначення вищезгаданого показника. За результатами дослідження не було виявлено загального зниження реакції НН в осіб у період первинних епізодів шизофренії. Таким чином, дослідники заперечили надійність та ефективність реакції НН як біомаркера наявності шизофренії на цій стадії. Такі результати спровокували необхідність проведення інших досліджень, пов'язаних із сенсорними, зокрема слуховими реакціями хворих на це захворювання [199, 219, 220, 221].

Недостатність сенсорного сприйняття засвідчує тяжке порушення когнітивної функції та розвивається під впливом інтенсивних когнітивних проблем. Нині, такі дефіцити застосовуються для виявлення генів відповідальних за спадковий характер шизофренії та моніторингу потенціальних засобів терапії та профілактики. У результаті дослідження Daniel Javitt встановлено, що сенсорне сприйняття стимулів навколишнього середовища різними пацієнтами з шизофренією відрізняються. Їхня здатність розуміти та ефективно взаємодіяти залежить від попереднього досвіду відчуттів і почуттів [180].

Необхідним компонентом здатності розуміти психічний стан самого себе та свого оточення є розуміння й сприйняття сарказму [129]. Під час сарказму літературне значення виразу отримує негативний контекст, а саме зміна висоти інтонації дає змогу відрізнити щирі висловлювання та сарказм. У дослідженні

Kantrowitz JT відображено результати вивчення впливу несприйняття сарказму у пацієнтів з шизофренією/шизоафективним розладом (76 експериментальних і 72 контрольних). Експериментальна група пацієнтів продемонструвала недостатності в усіх слухових вимірах. Було встановлено, що недостатність сприйняття сарказму залежала передусім від сприйняття висоти тону та інтонації. Доведено, що реакція на сарказм служить додатковим біомаркером шизофренії окрім погіршення музичного сприйняття висоти тону/мелодійності та когнітивних можливостей [110].

Разом із погіршеним сприйняттям мелодійності (інтонації) в мовленні пацієнти, які страждають на шизофренію часто проявляють погіршену реакцію на зміну міміки чи вираз обличчя. Дослідження саме цієї ознаки шизофренії було проведене у 2009 р. За його результатами реакція на емоційну міміку є індикатором сприйняття мелодійності (інтонації) в мовленні, а не самого захворювання. У праці здійснено припущення про загальний дефіцит ідентифікації емоцій (у мовленні, міміці тощо) у хворих на шизофренію на різних стадіях захворювання [141, 142, 146, 241].

Інші дослідження демонструють доведене порушення міжпівкульних зв'язків у хворих на шизофренію, що лежить в основі розладів системної організації біоелектричних процесів головного мозку та функціонування мозкових систем [82, 100, 186, 187]. Такі праці суттєво розгортають горизонти можливого клінічного розуміння психічних порушень в цілому та розуміння їх раціональної корекції [186, 187, 209, 211, 244].

Низкою досліджень [137, 143, 193] доведено, що за недостатність сенсорної фільтрації у вигляді пригнічення слухового викликаного потенціалу у відповідь на повторні слухові стимули, що притаманне пацієнтам з шизофренією та їхнім близьким можуть відповідати зміни у вираженні функції $\alpha 7$ -нікотинного холінергетичного рецептора. Це відкриття у поєднанні зі спадковим характером недостатності сенсорної фільтрації означає патогенний вплив гену $\alpha 7$ -нікотинного холінергетичного рецептора на розвиток шизофренії. За результатами цього дослідження також встановлено, що згаданий вище ген

спливає на ефективність і здатність навчання, а такі проблеми можуть лежати в основі маячного мислення, галюцинацій та непристосованості у соціумі [143, 193].

Таким чином, вивчення проблеми сприйняття звуків і музики хворими на шизофренію є мультикомпонентним. Дослідники вивчають фізіологічні процеси організму, що забезпечують можливість музичного слуху [107, 133, 135, 170, 218, 231], патологічні процеси, що перешкоджають належному сприйняттю висоти тону, тембру, ритму, інтонації тощо [110, 157, 182, 227, 239], причини погіршення здатності музичного сприйняття [155, 169], методики достовірної діагностики музичних здібностей, в тому числі пацієнтів з шизофренією [190], застосування навичок музичного сприйняття як біомаркера шизофренії [130, 141, 142, 146, 169, 175, 229, 233], пошуку нових терапевтичних засобів [235, 246].

З метою покращеного розуміння механізму «музичного слуху» у хворих на шизофренію було застосовано низку аналітичних підходів, а саме: системний, структурний та лінгвістичний. У результаті ґрунтовного аналізу виявлено, що музичний слух (екв. музикальний слух [СУМ-11]) давно відомий як об'єкт медичних досліджень [5, 119, 134, 151, 161, 218, 234] і психолого-педагогічних [39, 63, 69, 79]. Особливостями та освітніми можливостями розвитку музичного слуху й голосу займається музична педагогіка, зокрема спеціальна дисципліна «сольфеджіо», а медична наука вивчає сам феномен наявності чи відсутності музичного слуху. Проте, і музична педагогіка, і медицина застосовують діагностичну методику з метою виявлення й оцінювання музичного слуху.

Термін музичного або музикального слуху у спеціалізованих словниках і наукових працях визначається або як здібність, що може бути розвинута з часом, або як вроджена чи набута здатність [39, 63, 69]. До різновидів музикального слуху відносять: абсолютний, відносний, внутрішній та інтонаційний слух [69]. Абсолютний слух (англ. absolute pitch; perfect pitch) визначається як здатність ідентифікувати абсолютну висоту музичних звуків, частоту нот не порівнюючи їх з еталоном і не дивлячись на музичний інструмент, на якому виконується музичний твір. Цей вид слуху вважається «даром» або талантом. У своїй праці

І. І. Полубоярина довела генетичний вплив і спадковий характер цього слухового різновиду [79]. Дослідники П. Грегерсен (P. Gregersen) і Є. Ковальські (E. Kowalsky) визначили місце заходження генів абсолютного слуху на другій і шостій хромосомах [161].

Відносним слухом вважається здатність особи визначати та відтворювати звуковисотні відносини в мелодії, акорди, інтервали тощо. Внутрішній слух означає здатність до ясного уявлення окремих звуків, мелодійних і гармонічних побудов, цілих музичних п'єс за допомогою їх відтворення з пам'яті. Інтонаційний слух – здатність чути експресію музики, розкрити закладені в ній структури комунікації.

Окрім цього, яскраво виражені музикальні здібності, що проявляються індивідуально, називають музичною обдарованістю [79], а сукупність музикальних здібностей у деяких працях позначають загальним поняттям «музичності» [39]. Науковець Ніколаєва Г. С., яка замається дослідженням методів діагностики музичних здібностей учнів у дитячих музичних школах характеризує музикальний слух як «сукупність здібностей та індивідуальних психологічних властивостей людини, необхідних для виробництва, виконання та активного сприйняття музики» [69]. У свою чергу, це передбачає високу тонкість сприйняття як окремих музичних елементів або якостей музичних звуків (висоти, гучності, тембру), так і функціональних зв'язків між ними в музичному творі (ладове почуття, почуття ритму) [39].

Для діагностики «синдрому» музичного слуху застосовується велика кількість засобів і технологій, у тому числі доступних онлайн. Проте, їх лєвова частка здатна ідентифікувати лише фрагментарні порушення слухових здібностей і музичного сприйняття. Оскільки музичний слух охоплює такі компоненти як здатність вловлювати зв'язок між звуками, запам'ятовувати і відтворювати їх, сприймати їх не як випадкові поєднання, а вникаючи в їх сенс, усвідомлюючи їх художнє значення, методика діагностики музичних здібностей зосереджена на їх виявленні [63]. Цей процес здійснюється за допомогою спеціальних тестових процедур для перевірки музичних здібностей, зокрема: діагностування

когнітивного, операційного та мотиваційного компонентів музично-естетичного смаку; діагностика почуття темпу і метроритму; діагностика звуковисотного почуття (мелодійного і гармонійного слуху); діагностика почуття тембру; діагностика звуковисотного почуття; діагностика динамічного почуття; діагностика почуття музичної форми [39, 69].

Таким чином, діагностування когнітивного, операційного та мотиваційного компонентів музично-естетичних смаків слід проводити за допомогою бесід-інтерв'ю, орієнтованих на виявлення наявності чи відсутності інтересу до отримання музичних знань, особливостей музичного смаку та емоційної чуйності до музики. Тестові завдання з метою діагностики почуття темпу і метроритму повинні передбачати виконання або безпомилкове повторення обраного 4 або 8-тактного ритмічного малюнка чи мелодійного відрізка. Впродовж цієї діагностичної процедури рухи особи повинні збігатися з імпульсами музики, оскільки вважається, що сприйняття ритму є не лише слуховим, а й слухоруховим [69].

Діагностика звуковисотного почуття, іншими словами мелодійного та гармонійного слуху може включати послідовне виконання звуків вгору або вниз у напрямку до тонічного звуку, а також оспівування, послідовне і стрибкоподібне виконання мелодійних ліній. Важливою також є діагностика почуття тембру, що охоплює прослуховування аудіозаписів музичних творів у виконанні різних інструментів, оркестрів, хорів, сольних вокальних творів тощо з подальшою оцінкою визначення різних тембрових співвідношень. Діагностика динамічного почуття оцінюється за допомогою реакції на виконання контрастної динаміки музичних інструментів, а діагностика почуття музичної форми включає прослуховування кількох мелодій та визначення, які з них прозвучали повністю, а які залишилися незавершеними [69].

Як бачимо, тестування музикальних здібностей музичними педагогами є багатоступеневим та мультикомпонентним, що пов'язано з виявленням і подальшим відбором осіб, які мають потенціал розвитку музичних навичок та

придатні до навчання у музичному закладі освіти. Фахівці галузі охорони здоров'я також зосереджені на тестуванні сприйняття музики в населення, що передусім спрямоване на виявлення різновиду музичного слуху під час процедури його діагностики. Медики дотримуються такої ж класифікації музичного слуху як і дослідники у галузі медичної педагогіки, проте здійснюють діагностику не з освітньою метою, а в цілях вивчення впливу наявності чи відсутності музикального слуху на перебіг захворювань, фізичну та психологічну здатність навчатися тощо. Вони характеризують наявність музичного слуху як стан, а його відсутність – як вроджене або набуте порушення, що у науково-медичних джерелах зустрічається під назвами музична глухота, амузія (англ. *tune-deafness, tone-deafness, dysmelodia, dysmusia, amusia*) або вроджена амузія (англ. *congenital amusia*) [163, 204]. Нейрологічні особливості амузії досліджено у працях Albouy P та Bilder [173, 177, 208].

Музична глухота (*Cecite, surdite musicale- surditas musicalis*) або амузія детермінуються як набуте порушення в області музичних сприймань у музично освічених осіб, що відбувається при ураженні мозку, після чого людина не впізнає мотиви мелодій, не може коректно виконувати вокальні композиції, читати і писати ноти, сприймаючи музичні звуки як шум [5].

Вроджена амузія – це хронічний розлад, що характеризується наявністю селективних дефіцитів сприйняття музики [128]. Іншими словами, це сприйняття музики, що триває з народження і впродовж життя. За даними дослідження І. Перетс цей вроджений розлад уражає 4 % населення планети [217]. Згідно з результатами дослідження вродженої амузії, проведеного групою науковців кафедри психології Монреальського університету, аномалії музикального сприйняття можуть зустрічатися у 3-6 % людей [119]. Ця категорія населення характеризується вродженою недостатністю розвитку мережі системних зв'язків, необхідних для сприйняття музики [234]. Такі розлади можуть бути вродженими або набутими, пов'язаними із перенесеними в дорослому віці черепно-мозковими травмами. У зв'язку із необхідністю ретельного вивчення феномена сприйняття музики проведено низку досліджень серед населення різного віку з метою

виявлення впливу музичного слуху на когнітивні навички та якості, а також взаємодії музичного слуху із супутніми розладами [205].

Оцінювання музичного слуху з метою підтвердження його наявності або відсутності здійснюється на основі спеціально розроблених тестових завдань і критеріїв. Тестування може здійснюватися як в реальному часі [119], так і дистанційно за допомогою можливостей інформаційно-комунікаційних технологій [217]. В рамках дослідження і пошуку гену відповідального за абсолютний слух серед населення без попередньої музичної освіти, американські дослідники створили відкриті безкоштовні мобільні додатки (англ. iOS Apps), а саме: PitchMatch+, PitchMatch! і PitchTrainer! для пристроїв iPhone, iPad і iPod Touch з метою виявлення музичного слуху [161].

Технологія перевірки музичного слуху охоплює прості завдання на прослуховування визначеної кількості мелодій (уривків музичних творів), з можливими змінами тональності, висоти тону, протяжності, швидкості музики тощо та подальшого виявлення змін у раніше прослуханих мелодіях. Для підвищення зацікавлення у проходженні таких музичних тестів, мелодії можуть зустрічатися у різному акомпанементі (фортепіано, саксофон, кларнет та ін.). Така тестова технологія застосовувалася під час дослідження впливу спадковості на розвиток вродженої амузії з метою виявлення наявності музичного слуху в близьких родичів осіб, яким було раніше діагностовано цей розлад. В експерименті, використовувалися 24 мелодії (12 оригінальних і 12 оригінальних тестових), вибір яких був випадковим. Завданням учасників дослідження було за допомогою вибору опції «так»/»ні» на дисплеї комп'ютера визначити, чи оригінальна тестова мелодія відрізнялася від оригінальної. Процедура тривала близько 15 хвилин, усі учасники експерименту мали можливість попередньо попрактикуватися у виконанні цього завдання [217].

Методика виявлення й оцінювання музичного слуху описана також у праці Дж. Айот [119], яка вивчала поведінкові прояви амузії. Для дослідження було відібрано одинадцять осіб, відповідно до чітких звужених критеріїв вад музичного слуху. Спеціально для цього дослідження було створено комплексний

тест для оцінювання наявності та специфіки розладів, пов'язаних зі сприйняттям музики у пацієнтів із травмами мозку. Низка завдань діагностичного тесту були попередньо записані на програвач стосувалися таких аспектів: сприйняття музики; визначення чутливості до музичного дисонансу; розпізнавання зміни висоти тону в голосі; називання, розпізнавання мелодій, тонів, голосів, слів і звуків довкілля; запам'ятовування нових мелодій та їх відтворення.

Оскільки, більшість випадків пов'язаних із розладами музичного слуху вказують на труднощі під час розпізнавання висоти звуку, завдання тесту на визначення цієї здатності охоплювали визначення подібностей чи відмінностей у звучанні двох ідентичних або відмінних за висотою звуку мелодій. Чутливість до музикального дисонансу, що полягало в оцінюванні милозвучності мелодії, розрізненні однозвучні та різнозвучні мелодії [134]. Запам'ятовування нових мелодій та їх відтворення, що перевірялося за допомогою здатності наспівування або вистукування ритму почутої мелодії, що оцінювалося експертами [119]. Тестування кожного учасника дослідження відбувалося індивідуально, використовувалося якісне аудіо обладнання. Порядок завдань був однаковим для всіх учасників.

Результати описаного дослідження засвідчують, що травми мозку впливають на погіршення музикальної пам'яті та розпізнавання мелодій, можливість наспівування, а також постукування під такт мелодії. За допомогою здійсненого тестування музичного слуху та аналізу отриманих результатів у праці також аргументовано й визначено, що амузія (вроджена і набута) є одним із нових видів розладів пов'язаних зі здатністю навчатися (розладів здатності до навчання), зокрема в медичному освітньому середовищі [199].

Варто зазначити, що емпіричних досліджень, що висвітлюють методіку та критерії застосування музичного тесту для виявлення й оцінювання музичного слуху існує не так багато. В основному ці праці орієнтовані на вивчення розладів набутої або вродженої амузії. Одне із таких досліджень демонструє методіку порівняння двох нот і двох коротких музикальних відрізків для виявлення можливих відмінностей [151]. Саме такий простий тест застосовувався

науковцями для діагностики поширення вродженої амузії серед Британського населення. Нині, методика Д. Фрая доповнюється, вважається, що музичні здібності стосуються не лише запам'ятовування нот, відрізнення тонів і тембрів, а також розпізнавання звуків навколишнього середовища, здатності емоційного сприйняття музики, музичної синхронізації, шляхом ритмічного постукування чи підтанцювання.

Проблематика музичного слуху, визначення рівня та природи музичних здібностей у пацієнтів з шизофренією не є поширеною серед досліджень цього наукового сектора, хоча існують різні вагомні свідчення погіршення звукового сприйняття, обробки звукової інформації та терапевтичної ролі музики в пацієнтів, що хворіють на шизофренію [179]. У праці Yi Wen досліджено музичні здібності пацієнтів з шизофренією та без неї (50 експериментальних, 58 контрольних), а також їх відношення до психіатричних симптомів і когнітивних можливостей [109]. Відповідно до результатів, отриманих за допомогою застосування Монреальського комплексу тестів для діагностування амузії (англ. the Montreal Battery for Evaluation of Amusia) [134, 218] встановлено, що музичні здібності за даною шкалою були значно нижчими в експериментальній групі пацієнтів з шизофренією, ніж у контрольній. Аналіз також показав прямий і непрямий вплив негативних симптомів на музичні здібності. Непрямий вплив був опосередкований порушенням когнітивного сприйняття [109, 168].

Дослідження здатності музичного сприйняття у хворих на шизофренію і його кореляції з когнітивними можливостями [177, 208] й тяжкістю психотичних симптомів, виконане на рік пізніше також показало, що сприйняття музики такими пацієнтами пов'язане з певними когнітивними навичками, зокрема: вербальною пам'яттю, просторовою пам'яттю, виконавчими функціями, а також впливає на тяжкість психотичних симптомів [109]. Іншими дослідженнями доведено, що вербальна пам'ять і увага необхідні для позитивної функціональної реабілітації при шизофренії [130]; оперативна пам'ять є найкращим предиктором функціональної реабілітації [130, 133].

Давно відомо, що мова і музика є результатом еволюційних змін музичної

прамови, що служила для обміну інформацією, зокрема емоціями [149, 181]. Особи, які мають розлади музичного сприйняття виявляють також дефіцити слухового сприйняття емоційних змін у мовленні [174]. У праці J. T. Kantrowitz досліджено музичні здібності пацієнтів, котрі страждають на шизофренію. Музикальна компетентність вивчалася у 31 пацієнтів з шизоафективними розладами, а також 44 здорових осіб з використанням поширеного комплексу тестів для діагностування амузії, розробленого в Монреалі. Дослідники припускають, що загальні музичні здібності й особливо здатність розпізнавання мелодії можуть стати стратегічними напрямками терапії та відновлення когнітивних можливостей пацієнтів з шизофренією [110, 141, 227, 239].

Сприйняття та диференціація мелодійної інтонації голосу є погіршеною при шизофренії, що оцінюється як результат розладу сприйняття висоти тону [116, 140, 249, 253]. У випадку амузії відсутня реакція на зміни висоти тону та інтонації, погіршене відчуття ритму під час прослуховування багатотональних композицій, але нормальне – під час монотональних. Для того, щоб в'яснити наявність порушень у сприйнятті ритму при шизофренії, перевірити обмеженість наявності цих порушень під час прослуховування багатотональних композицій а також визначити вплив сприйняття висоти тону і ритму на обробку інтонації було проведено дослідження Rachel L. S Mitchell, у якому взяли участь 76 учасників (33 експериментальних пацієнти з шизофренією). За його результатами рівень погіршення музичного сприйняття співвідноситься із низькою здатністю виявлення ритму у багатотональних композиціях. Пацієнти з шизофренією продемонстрували дефіцити музичного сприйняття. Встановлено, що реакція на інтонацію є супутнім процесом реакції на зміну висоти тону [250].

Численні розлади музичного сприйняття виникають передусім в результаті травм мозку або неврологічних розладів [68]. Однак, на противагу, під час ранніх аномалій чи тяжких травмах мозку звичайні музичні навички можуть бути збереженими у пацієнтів навіть у випадку тяжких когнітивних порушень. З метою документації таких випадків необхідний універсальний поведінковий тест. Наукова група на чолі з Peretz запропонувала використання саме Монреальського

комплексу тестів для діагностування амузії, що вважався найкращим з доступних інструментів [214, 218]. Цей комплексний тест рекомендований та затверджений для використання серед пацієнтів з травмами мозку різної етіології. Окрім цього, він чутливий, легко доступний, надійний теоретично аргументований і має важливі психометричні можливості. Комплекс нагадує інший поширений інструмент для діагностики музичної обдарованості Е. Гордона «Musical Aptitude Profile», що доступний онлайн [158].

Варто зазначити, що незважаючи на так звану універсальність музики, люди сприймають та інтерпретують твори музичного мистецтва відповідно до власного культурного розвитку й виховання, країни й умов проживання. Саме тому, використання стандартних тестів на визначення здатності музичного сприйняття, на зразок Монреальського комплексу тестів для діагностування амузії викликає заперечення серед дослідників. Так, у праці Е. Paraskevopoulos відображено результати адаптації цього комплексу до реалій та потреб східної (грецької) музики, що відмінна від західного еталону за шкалою ритмічності та мелодійності. Окрім цього, дослідники виявили, що й інші частини еталонного комплексу тестів не підходять для оцінювання музичних навичок серед населення з різними музичними традиціями. Експериментальне використання оригінального та адаптованого комплексів тестів у особи з попередньо встановленою амузією засвідчив покращений результат із застосуванням адаптованого до грецьких музичних реалій тесту [214].

Окрім проблеми музичного слуху, емоційного сприйняття, загального слухового сприйняття, генетичного впливу [117, 155] у ранній діагностиці [209, 211], постає не менш важливою проблема прогнозування й раціональної реабілітації хворих на шизофренію. Прогноз захворювання базується на врахуванні різних факторів і впливає на призначення своєчасної та адекватної терапії, а в подальшому – реабілітацію хворих [4, 6, 7, 13]. На сьогоднішній день в Україні дезадаптованість і стигматизація з наступною інвалідизацією хворих на шизофренію є гострою соціальною, медичною і економічною проблемою з огляду як на причини її виникнення, так і на складнощі щодо її подолання [17, 18, 26, 31,

99]. З огляду на це питання реабілітації хворих на шизофренію постає надзвичайно важливим. Саме тому власне дослідження скеровані на вивчення механізмів та особливостей формування емоційно-вольового дефіциту є пріоритетними [26, 31].

Одним із найпоширеніших видів реабілітації для хворих на шизофренію є когнітивна реабілітація, так як власне порушення когнітивної діяльності найбільш відчутне для пацієнтів, хоча порушується не так часто як емоційна сфера. Водночас за результатами інших досліджень, застосування музичної релаксації у хворих на шизофренію позитивно відзначилось на сні пацієнтів, а також мало відчутний позитивний вплив на емоційну сферу (за шкалою PANSS) [62, 77, 89].

Вивчення літератури за останнє десятиріччя також показало, що домінуюча частина науково-дослідницької діяльності в галузі медицини, зокрема психіатрії, присвячена психофармакотерапевтичній частці лікування, де подаються як статистичні [15, 18, 120, 121], так і патогенетичні обґрунтування [117]. Значно менша кількість робіт вивчає етіопатогенетичні аспекти, питання діагностики та психосоціальної реабілітації [54, 57, 58, 60, 66, 77, 111, 112]. В особливості питання психологічної та соціальної реабілітації пацієнтів із шизоафективними розладами вивчали Fett [243], Liberman [194] та ін.

Впродовж цього сторіччя як закордонні [164, 203, 215], так і вітчизняні вчені [53, 62, 77, 89, 99] вже підтвердили ефективність застосування арт-терапевтичних технік в структурі комплексної реабілітації, а також оцінювали психічний статус з допомогою шкал (BPRS, GBS). Автори Н. Марута, Б. Михайлов, Н. Орлова вказують не лише на необхідність реабілітаційних заходів, а й на їх диференційоване застосування, яке б мало опиратись на патогенетичне обґрунтування. Дослідники характеризуючи хворих на психічні порушення, зокрема шизофренію, зазначають, що ефективність реабілітаційних заходів залежить від вчасно розпочатої реабілітаційної роботи з пацієнтом [54, 60, 62, 71].

Роль музикотерапії в клініці постійно зростає. У результаті аналізу кількох видань за період 1964–2003, а саме: «Journal of Music Therapy», «Music Therapy» і

«Music Therapy Perspectives» у 2006 р. було виявлено усього 123 клінічні дослідження, присвячені індивідуальному персоналізованому використанню музикотерапії для лікування різних порушень та захворювань. У працях стверджується і статистично доведено ефективність музикотерапії для широкого спектру населення та розладів [198].

Позитивну роль імпровізованої музикотерапії з метою лікування та реабілітації пацієнтів, які страждають на хронічну шизофренію доведено у праці Mercedes Pavlicevic et al [215]. Дослідження демонструє, що спонтанна музична імпровізація забезпечує невербальну взаємодію пацієнта й терапевта, покращуючи таким чином можливість налагодження міжособистісного контакту. За результатами низки досліджень пацієнти з шизофренією, котрі відвідували індивідуальні сеанси музикотерапії покращили свій загальний клінічний стан і рівень музичного сприйняття та взаємодії [215].

Проте, незважаючи на численні підходи до відновлення або реабілітації психічно хворих пацієнтів, відсоток осіб, які б повернулись до попередньої життєвої активності чи наблизились до такого рівня прогресивно зменшується [89]. Цілий ряд заходів соціальної, трудової реабілітації чи низки інших способів не мають значної переваги, щоб позиціонуватись як провідний метод. Дослідження власне розуміння причини виникнення таких змін у вольових та емоційних процесах [183] як і проблема профілактики й ранньої діагностики шизофренії та шизоафективного розладу є наріжним каменем у досягненні подолання цих порушень функціонування психічної сфери [66, 71, 89, 184].

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях автора:

1. Костюченко Н. В. Музичний слух у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом: методика визначення та результати / Н. В. Костюченко, О. О. Фільц // Вісник наукових досліджень. – 2018. - № 3. – С. 76-79. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9224>.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Дизайн роботи та загальна характеристика груп дослідження

Дослідження проводилось на базі клінічних відділень Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні впродовж періоду 2012-2017 рр.

Робота проводилась у кілька етапів (представлені у розділах 3, 4, 5), кожний з яких включав відбір певних груп досліджуваних віком від 18 до 35 років, що детально представлено у дизайні дослідження (рис. 2.1).

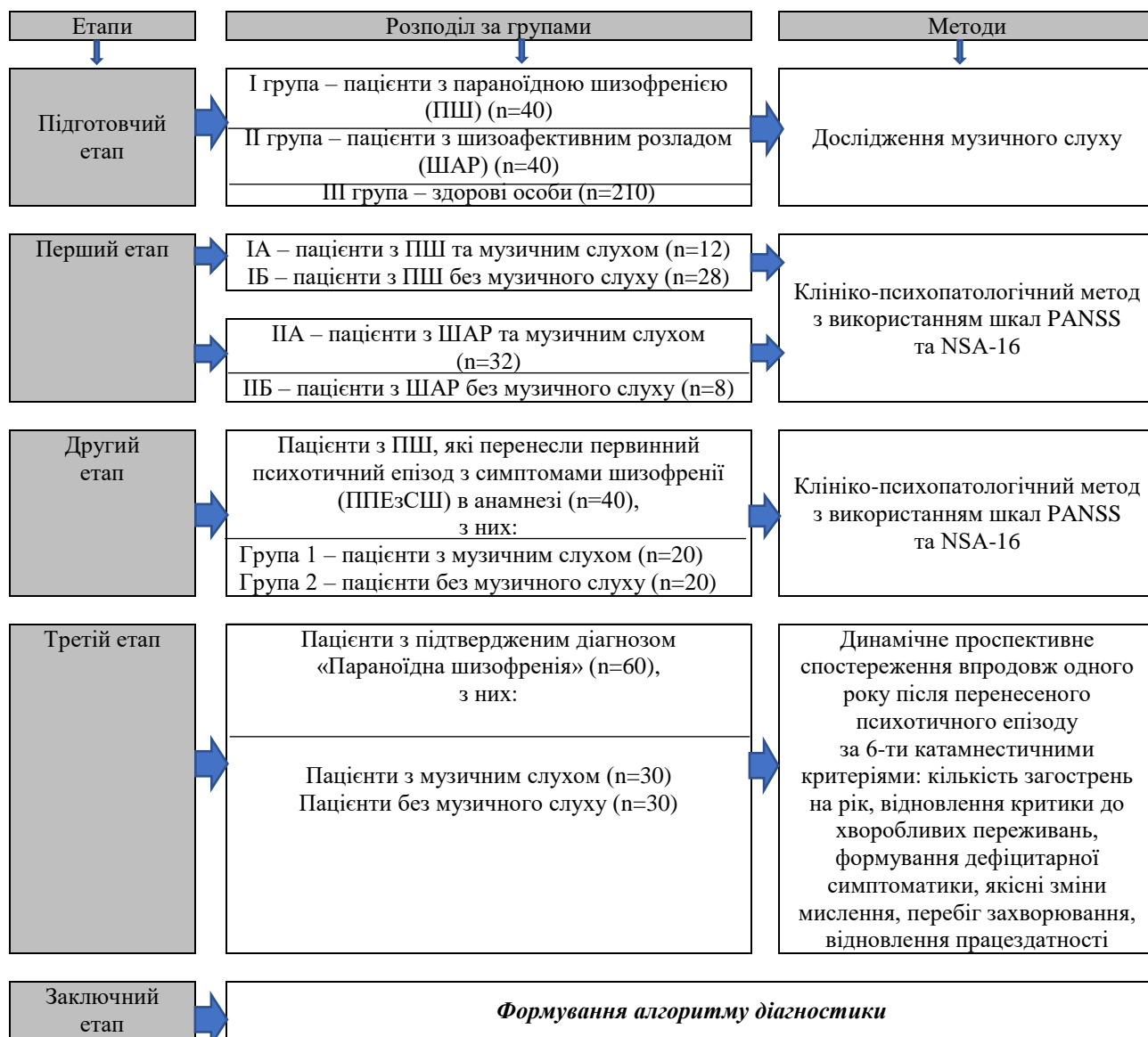


Рис. 2.1 Дизайн дослідження

У розділі 3 представлені результати дослідження при спеціальному (за нашим дизайном дослідження) епідеміологічному «зрізі» хворих на ПШ (група I, n=40), хворих на ШАР (група II, n=40) та здорових осіб (група III, n=210) для порівняння у них психоакустичних здібностей (додатковий розподіл кожної групи на підгрупи: А – наявний музичний слух, Б – відсутній музичний слух). Встановлені особливості психоакустичних властивостей у обстежуваних підтвердили важливість подальшого поглибленого дослідження психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад в залежності від наявності чи відсутності музичного слуху. Порівняльне дослідження психопатологічних проявів у пацієнтів цих груп проводилось з використанням діагностичних шкал PANSS та NSA-16.

Дослідження розділу 4 включали обстеження 40 хворих на параноїдну шизофренію із наявним музичним слухом (група 1, n=20) та без музичного слуху (група 2, n=20), у яких був встановлений початковий діагноз «первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії» (ППЕЗСШ) та у подальшому підтверджений діагноз параноїдної шизофренії. Проводили проспективне динамічне спостереження 1 рік. На цьому етапі нашої роботи проводилось катамнестичне дослідження цих пацієнтів із використанням верифікованого підходу до діагностики за допомогою шкал PANSS та NSA-16 та опираючись на дослідження особливостей наявності музичного слуху у хворих на ПШ.

У розділі 5, окрім порівняльної оцінки різних методів дослідження ПШ, було представлено аналіз розвитку клінічних змін параноїдної шизофренії за результатами динамічного спостереження за пацієнтами із наявним та відсутнім музичним слухом. Для виконання цього завдання були відібрані 60 пацієнтів із підтвердженим діагнозом «Параноїдна шизофренія» (30 пацієнтів із музичним слухом, 30 – без музичного слуху), за якими проводилось динамічне проспективне спостереження протягом одного року після перенесеного психотичного епізоду. Аналіз проводився за 6-ти катамнестичними критеріями: 1) кількість загострень на рік, 2) відновлення критики до хворобливих переживань, 3) формування дефіцитарної симптоматики, 4) якісні зміни мислення, 5) перебіг

захворювання (приступоподібний, прогресивний або афективні коливання), б) відновлення працездатності.

Пацієнти, які були відібрані для наших досліджень, або їх законні представники, були інформовані щодо проведення дослідження та дали добровільну згоду на участь у ньому, що передбачає (на конфіденційних умовах) внесення їх персональних даних клінічної інформації в базу для подальшого аналізу. У роботі використовувались клінічні дані із медичних карт стаціонарного та амбулаторного хворого.

2.2 Методи дослідження

2.2.1 Дослідження музичного слуху

Процедура діагностики музичного слуху була двоетапною і, передусім, орієнтованою на виявлення розладів сприйняття музики. На першому етапі було здійснено опитування пацієнтів у формі анкетування під час інтерв'ю та зібрано дані відповідно до таких критеріїв: 1) наявність та рівень освіти (середня, вища), що надало можливість виключити можливість вад розвитку, розумову відсталість і розлади навчання; 2) відвідування уроків музики під час навчання в школі, що дозволило підтвердити наявність вчасного попереднього контакту з музикою; 3) історія розладів музичного сприйняття, а також історія неврологічних та психічних розладів, що допомогло диференціювати характер розладу музичного слуху (вроджена/набута амузія).

Для того, щоб підтвердити наявність дефіциту музичного слуху в опитаних пацієнтів різного віку та рівня освіти, на другому етапі ми здійснили лабораторну діагностику музичного слуху на основі методики Дж. Айот (Ayotte, 2002), описаної у праці «Congenital amusia: A group study of adults afflicted with a music-specific disorder» [119].

Загальний лабораторний діагностичний тест складався із семи субтестів, кожний з яких був спрямований на виявлення якості сприйняття музики, а саме: диференціація висоти звуку, тривалості, гучності, ритму, тембру, а також запам'ятовування й відтворення мелодії. Перші п'ять субтестів музичного

сприйняття передбачали використання завдань на визначення ідентичності/відмінності прослуханих музичних відрізків. Шостий субтест з метою діагностики здатності випадкового запам'ятовування музики, зокрема почутих під час попередніх субтестів мелодій, проводився вкінці шляхом опитування пацієнтів. Окрім цього, останнім сьомим етапом діагностики музичного слуху було передбачено завдання на відтворення музичних фрагментів шляхом наспівування, підспівування і ритмічного вистукування.

Звукові стимули, використані у діагностичному процесі, були комп'ютерно-генерованими і попередньо ретельно відібраними. Їх відтворення здійснювалося за допомогою комп'ютерної програми Windows Media Player. Для забезпечення оптимального та комфортного звуку застосовувалося високоякісне аудіо-обладнання з двома аудіо-колонками. Процедура діагностики здійснювалася в лабораторії індивідуально, була ідентичною для усіх опитаних, поділялася на три періоди тривалістю близько двох годин. Кількість пауз під час процедури діагностики була необмеженою.

Перша частина діагностичної процедури складалася із трьох завдань на якості визначення музичного сприйняття, а саме: чутливість до висоти тону, дисонансу, інтонації в усному мовленні; друга – два типи тестів на виявлення специфіки розладу музичного сприйняття, а саме: розпізнавання й називання мелодій, голосів, слів і звуків довкілля, і один тест на випадкове запам'ятовування музики, а третя – виробничі завдання на відтворення музики. Низка завдань першої частини діагностичного тесту стосувалася таких аспектів: сприйняття висоти тону; визначення чутливості до музичного дисонансу; розпізнавання зміни висоти тону в голосі.

Завдання на визначення висоти тону є еталонними у якості критерія перевірки музичного слуху. Для діагностики чутливості до висоти тону, ми використали два комплекси знайомих і незнайомих мелодій, що були презентовані почергово. Перший комплект містив лише знайомі мелодії, а другий – тільки незнайомі. До знайомих мелодій увійшли 30 композицій (довжиною від 7 до 14 нот), що добре відомі в Україні, до незнайомих, відповідно, було відібрано

30 порівняльних мелодій. У кожному комплекті половину мелодій було змінено шляхом зміщення висоти однієї ноти або півтону (вгору або вниз). Розміщення зміненої ноти було різним, проте не на початку і не в кінці мелодії. Кожна мелодія відтворювалась один раз, після чого здійснювалося опитування щодо наявності чи відсутності «неправильної ноти». Пацієнти могли дати відповідь «так» (у випадку наявності аномальної ноти) або «ні» (у випадку відсутності аномальної ноти). Вагомим індикатором чутливості до висоти тону є позитивна/негативна реакція на одночасне звучання декількох звуків, що в результаті зливаються у гармонійну композицію. Критерієм приємності мелодії є пропорція складових частот. Якщо пропорція є простою (два тони в одній октаві) – композиція вважається співзвучною і приємною для слухача, якщо пропорція є складною (два тони у півтоні) – мелодія вважається такою, що дисонує (неблагозвучною) та неприємною. Оскільки чутливість до дисонансу є дуже наближеною до здатності відчувати навіть незначні зміни в тональності, ми визначили цю здатність одним із критеріїв діагностики музичного слуху. Наявність / відсутність такої здатності, тобто неможливість виявити дисонанс, ми вважали ознакою наявності / відсутності музичного слуху. Діагностичний тест чутливості до дисонансу охоплював дві версії 24 музичних відрізків (48 разом). До оригінальної версії було включено співзвучні класичні мелодії («Adagio», Т. Альбіноні тощо). У свою чергу неблагозвучні мелодії були створені шляхом зміщення (на півтон вгору/вниз) висоти усіх нот основного звуку. Кожний з музичних відрізків був представлений в обох версіях. Завданням пацієнтів було оцінити мелодію на співзвучність за 10-бальною шкалою (1 – дуже неприємна, 10 – дуже приємна). Оскільки половина мелодій викликала почуття щастя (виконувались в мажорі, середній темп – 138), а інша половина – смутку (виконувались в мінорі, середній темп – 53), вони були додатково використані як окреме контрольне завдання. Оцінка мелодій здійснювалася за ідентичними критеріями 10-бальної шкали (1 – сумна, 10 – весела). На визначення сумної/веселої мелодії впливає сприйняття темпу музики, що властиве особам з відсутнім музичним слухом. Завданням цього діагностичного тесту було отримати додаткову інформацію щодо

сприйняття темпу особами з розвинутим музичним слухом. Результати вказують, що пацієнти, які демонстрували низьку чутливість до висоти тону й музичного дисонансу могли відрізнити емоційність мелодії, проте їх чутливість була гіршою, ніж у їхніх опонентів. Третій тест щодо сприйняття висоти музичного тону здійснювався на основі аналізу аудіо-записів мовлення. Тести були розроблені за допомогою комп'ютерної модифікації коротких речень, щоб різниця між ними полягала лише у місцевих змінах висоти тону. Таким чином було створено два комплекти по 15 речень, у першому з яких інтонація була зростаючою, що вказує на запитання (Він розмовляє англійською?), або – спадаючою, що характеризує стверджувальне речення (Він розмовляє англійською.). У другому комплекті речень різниця стосувалася інтонації в середині речення (СПІВАЙ, кажу тобі!), або (співай, КАЖУ тобі!). Усі речення вимовлялися природньо, були записані в лабораторії. На першій стадії речення були представлені окремо, завданням пацієнтів було визначити тип речення (питальне/стверджувальне) та ідентифікувати наголошене слово. Даний тест виявився однаково простим для пацієнтів, які демонстрували і високу, і низьку чутливість до висоти тону й музичного дисонансу, що пов'язано з наявністю словесної інформації. Проте, замінивши на другій стадії словесні фрагменти на несловесні, що було здійснено за допомогою комп'ютерної обробки, ми зауважили значно погіршені результати під час аналогічного тесту. Таким чином, в ході діагностики музичного сприйняття на цьому етапі, окрім вагомих результатів для нашого дослідження, ми також виявили, що відсутність музичного слуху не впливає на сприйняття інтонації в усному мовленні.

Другий етап процедури діагностики музичного слуху був, передусім, орієнтований на виявлення специфіки розладу музичного сприйняття та включав тести на розпізнавання й називання, мелодій, голосів, слів і звуків довкілля; запам'ятовування нових мелодій та їх відтворення. Окрім цього, ідентифікація знайомої мелодії надає змогу визначити рівень розвитку та інтеграції аналітичних слухових здібностей та пам'яті.

Таким чином, для четвертого субтесту звукові мелодії були розділені

блоками: музичний, словесний, голосовий і звуки навколишнього середовища. Завданням пацієнтів було їх визначити. В разі утрудненої відповіді їм пропонували чотири варіанти вибору. Музичний блок був представлений 15 популярними народними мелодіями («Ой, на горі два дубки» тощо). Словесний блок також складався із 15 фрагментів популярних народних пісень, проте вибір фрагменту не містив слів назви («...бо твоя врода – то є чистая вода..»), а голосовий блок складався із 15 уривків фраз відомих українських діячів. Завданням останнього блоку було визначення 15 звуків навколишнього середовища (крик птахів, звуки транспорту).

Результати цього тесту були негативними у пацієнтів, які демонстрували низьку чутливість до висоти тону й музичного дисонансу, що не стосувалося уривків пісень зі словесною інформацією. Це засвідчує, що люди із утрудненим музичним сприйняттям можуть вивчити пісні, незважаючи на те, що музична частина є для них проблематичною.

П'ятим субтестом процедури діагностики було визначення здатності розпізнавання знайомих/незнайомих мелодій. Для цього було обрано два комплекти мелодій без слів, половина із яких були популярні та знайомі, а інша половина – старі й забуті. Завданням пацієнтів було визначити чи мелодія знайома чи незнайома. Результати були негативними для тих, що мали труднощі з чутливістю до висоти тону й музичного дисонансу.

Шостий субтест був спрямований на перевірку здатності запам'ятовування тонів, слів і звуків навколишнього середовища. Процедура цього субтесту охоплювала два етапи для кожного виду стимулів, а саме: 1) прослуховування 20 мелодій з метою їх запам'ятовування; 2) перемішування цих мелодій з іншими 20 мелодіями; 3) прослуховування усіх 40 мелодій пацієнтами і визначення, чи вони чули цю мелодію на першому етапі. Незважаючи на те, що жоден пацієнт не скаржився на проблеми з пам'яттю чи концентрацією, ті з них, які мали труднощі з чутливістю до висоти тону й музичного дисонансу продемонстрували негативні результати на цьому етапі діагностики музичного сприйняття. Виробничі завдання на відтворення фрагменту пісні та мелодії були складовими третьої,

зключної частини діагностики музичного слуху у хворих з шизофренією. До завдань цього субтесту належали: наспівування добре відомої народної пісні після оголошення її назви; повторення уривку пісні після її прослуховування; синхронізація з музикою, шляхом вистукування в такт мелодії пісні. Якість виконання цих завдань оцінювалася безпосередньо нами, що можливо завдяки наявності спеціальної музичної освіти. Як і очікувалося, пацієнти, котрі мали труднощі з чутливістю до висоти тону й музичного дисонансу, продемонстрували погіршені результати на цьому етапі, Труднощі стосувалися чистоти виконання завдань. Результати також засвідчують, що визначення відтворення ритму за допомогою співу й вистукування мелодії є ще додатковими вагомими критеріями діагностики музичного слуху.

Отже, на основі комплексної процедури діагностики музичного слуху, ми визначили, що його основним критерієм є чутливість до висоти тону, музичного дисонансу та здатність відтворення ритму мелодії та розділили пацієнтів на дві групи за критерієм наявності/відсутності музичного слуху.

2.2.2 Клініко-психопатологічний та патопсихологічний методи досліджень

Клініко-психопатологічний метод дослідження оцінки позитивної симптоматики полягав у проведенні структурованого інтерв'ю, в процесі якого виявлялись ознаки психічних порушень. Патопсихологічне дослідження оцінки симптоматики проводилось з використанням "Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів" (PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale), а саме підшкали 7 позитивних симптомів PANSS-PS, 7 негативних дефіцитарних симптомів PANSS-NS і загальних 5 дефіцитарних симптомів PANSS-GS [165, 228]. Також у роботі використовувалась шкала «Оцінки негативних симптомів-16» (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16) [248]. Дана шкала сфокусована на негативну симптоматику дефіцитарного типу (падіння психічної активності), що включала 16 негативних симптомів. У обох шкалах PANSS та NSA-16 вираженість симптоматики оцінювалася у балах: від 1 балу (відсутній прояв) до 7

балів (крайній ступінь вираженості).

2.2.3 Статистичні методи аналізу даних

Отримані первинні дані щодо досліджуваних осіб групувались у таблиці електронної бази у вигляді абсолютних величин, які у подальшому проходили математичну обробку [17, 121]. Медико-статистичний аналіз отриманих даних включав методики обрахунків: розрахунок середніх величин (Mean) та їх середніх похибок ($M \pm m$), відносних величин із похибкою ($P \pm m_p$); розрахунок кореляційної взаємозалежності поміж досліджуваними групами / ознаками за допомогою методу лінійної кореляції Пірсона (r); проведення оцінки вірогідності отриманих результатів у порівнюваних групах: при попарному порівнянні частот використовувався критерій Пірсона χ^2 (ксі-квадрат); аналіз кількісних параметрів (рейтингових шкал симптоматики у балах) проведено з використанням критерію Mann-Whitney; величину відношення шансів ВШ (OR - Odds Ratio) вираховували для порівняння частоти досліджуваного результату в групі з музичним слухом до частоти результату в групі без музичного слуху, використовуючи формулу:

$$\frac{p_1/(1-p_1)}{p_2/(1-p_2)} = \frac{p_1/q_1}{p_2/q_2} = \frac{p_1q_2}{p_2q_1},$$

де p_1 і p_2 – імовірність подій у кожній з вибірок, $q_x = (1 - p_x)$.

Розрахунок коефіцієнта OR з 95% довірчим інтервалом (CI - confidence interval) і р-значення проводили у програмі GraphPad Prism, версія 2 (GraphPad Software Inc., San Diego, USA). Перевірку статистичних гіпотез проводили на мінімальному рівні значущості $p < 0,05$ [17].

Отже, виходячи з мети, предмету, об'єктів, гіпотези та завдань наукового дослідження, нами опрацьована і практично апробована комплексна методика, яка поєднує нові удосконалені методичні підходи та інструментарій наукового дослідження, що в кінцевому результаті дасть змогу здійснювати ранню діагностику параноїдної шизофренії.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ПСИХОАКУСТИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ ВІД ПРОЯВІВ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

3.1 Порівняльна характеристика психоакустичних здібностей у досліджуваних та контрольній групах

Аналіз порівняння наявності психоакустичних здібностей у досліджуваних групах хворих на параноїдну шизофренію (група I), хворих на шизоафективний розлад (група II) та здорових осіб (група III) показав, що найбільша частка осіб із музичним слухом була у групі II ($80,00 \pm 6,32$ %, $n=32$), найменша – у групі I ($30,00 \pm 7,25$ %, $n=12$, $p<0,05$) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1 – Розподіл за статтю та психоакустичними здібностями осіб досліджуваних груп ($P \pm m_p$, %)

Групи	Чоловіки		Жінки		Разом	
	n	$P \pm m_p$, %	n	$P \pm m_p$, %	n	$P \pm m_p$, %
Параноїдна шизофренія	33	100	7	100	40	100
ПШ з муз.слухом	11	$33,33 \pm 8,21$	1	$14,29 \pm 13,23$	12	$30,00 \pm 7,25$
ПШ без муз.слуху	22	$66,67 \pm 8,21^*$	6	$85,71 \pm 13,23^*$	28	$70,00 \pm 7,25^*$
Шизоафективний розлад	14	100	26	100	40	100
ШАР з муз.слухом	13	$92,86 \pm 6,88^\#$	19	$73,08 \pm 8,70^\#$	32	$80,00 \pm 6,32^\#$
ШАР без муз.слуху	1	$7,14 \pm 6,88^{*\#}$	7	$26,92 \pm 8,70^{*\#}$	8	$20,00 \pm 6,32^{*\#}$
Здорові	71	100	139	100	210	100
Здор. з муз.слухом	42	$59,15 \pm 5,83^\#$	97	$69,78 \pm 3,89^\#$	139	$66,19 \pm 3,26^\#$
Здор. без муз.слуху	29	$40,85 \pm 5,83^{*\#}$	42	$30,22 \pm 3,89^{*\#}$	71	$33,81 \pm 3,26^{*\#}$

Примітка 1. * - наявна різниця ($p<0,05$) між показниками осіб з наявним та відсутнім музичним слухом.
Примітка 2. # - наявна різниця ($p<0,05$) між відповідним показником осіб із ПШ та інших груп.

У контрольній групі здорових осіб частка людей із розвиненим музичним слухом становила $66,19 \pm 3,26$ %, $n=139$.

Порівняння психоакустичних властивостей у досліджуваних групах

показало достовірну ($p < 0,05$) різницю у цих групах не тільки в цілому, але й за статтю. Зокрема, у пацієнтів із параноїдною шизофренією у чоловіків у 2,33 рази частіше реєструвався музичний слух, ніж у жінок: третина чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, мала розвинений музичний слух ($33,33 \pm 8,21$ %), тоді як серед жінок цієї групи розвинений музичний слух був виявлений лише у кожній сьомій ($14,29 \pm 13,23$ %) (рис. 3.1).

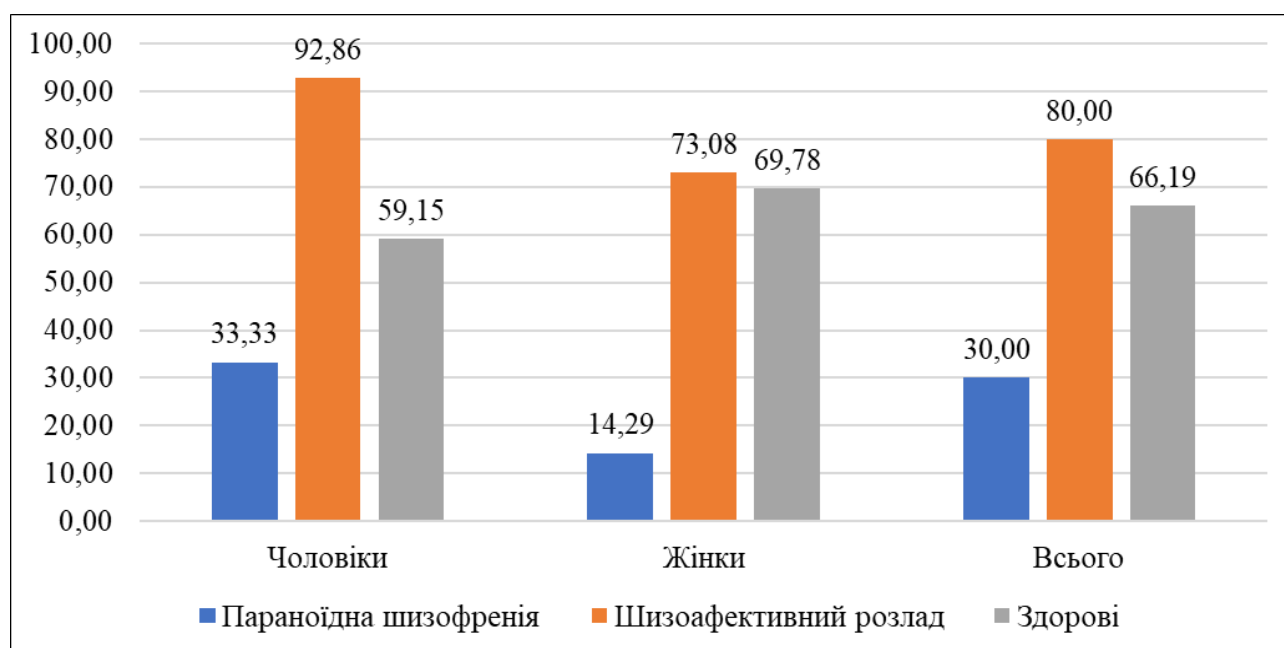


Рисунок 3.1 – Частка осіб із розвиненим музичним слухом у чоловіків та жінок досліджуваних груп (%)

Серед пацієнтів із шизоафективним розладом частка осіб, які мали музичний слух, також була більшою (у 1,27 рази) у чоловіків, ніж у жінок: $92,86 \pm 6,88$ % проти $73,08 \pm 8,70$ % відповідно. Тоді як у групі здорових осіб незначно частіше (у 1,18 рази) музичний слух був притаманний для жінок порівняно з чоловіками: $69,78 \pm 3,89$ % проти $59,15 \pm 5,83$ % відповідно [45, 48].

3.2 Порівняльна оцінка негативної симптоматики за шкалою NSA-16 у пацієнтів досліджуваних груп залежно від психоакустичних здібностей

При вивченні ступеня негативної симптоматики за шкалою NSA -16 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 групи I із діагнозом параноїдна шизофренія (табл. 3.2).

Таблиця 3.2. Порівняльне оцінювання негативних симптомів NSA-16 в пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та шизоафективний розлад (бали)

Ключові пункти оцінювання негативних симптомів NSA-16 (N)	ПШ (n=40)	ШАР (n=40)
1. Затримка відповіді	4,55±0,18	1,75±0,09*
2. Обмежений обсяг мовлення	4,63±0,18	1,73±0,11*
3. Бідне мовлення	4,45±0,21	1,73±0,12*
4. Нерозбірливе мовлення	4,33±0,18	1,73±0,12*
5. Знижена емоційність	4,88±0,14	1,90±0,13*
6. Малозмінна інтенсивність емоційних реакцій	5,23±0,11	2,03±0,15*
7. Слабкий вияв емоцій на вимогу	5,45±0,09	1,88±0,14*
8. Слабкий соціальний потяг	5,58±0,10	1,80±0,14*
9. Слабке порозуміння з опитувачем	5,55±0,09	1,85±0,13*
10. Статевий потяг	6,30±0,10	2,55±0,23*
11. Поганий догляд за зовнішністю та гігієна	4,93±0,15	1,85±0,12*
12. Обмежена цілеспрямованість	5,03±0,16	1,88±0,15*
13. Обмежені захоплення та інтереси	4,83±0,15	1,80±0,13*
14. Низька повсякденна активність	4,45±0,12	1,83±0,13*
15. Обмежена жестикуляція	4,05±0,18	1,60±0,11*
16. Повільні рухи	4,05±0,18	1,58±0,11*
Загальна оцінка негативних симптомів	4,89±0,10	1,84±0,10*
Примітка. * – достовірність ($p < 0,01$) різниці між показниками.		

Середня оцінка негативних симптомів у групі пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія складала $4,89 \pm 0,10$ бали, що достовірно ($p < 0,01$) у 2,6 рази вище, ніж у групі пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад – $1,84 \pm 0,10$ бали [44, 49].

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 задіяні 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 спілкуванні: “Обмежена жестикуляція” ($4,05 \pm 0,18$ бали) та “Повільні рухи” ($4,05 \pm 0,18$ бали).

У пацієнтів із діагнозом шизоафективний розлад найвищі середні показники негативних симптомів були у межах від $2,55 \pm 0,23$ бали (Статевий потяг) до $1,85 \pm 0,13$ бали (Поганий догляд за зовнішністю та гігієна; 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” ($1,60 \pm 0,11$ бали) та “Повільні рухи” ($1,58 \pm 0,11$ бали).

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

Порівняння середніх балів негативної симптоматики за шкалою NSA-16 у групах пацієнтів із наявним та відсутнім музичним слухом показало найвищий рівень негативної симптоматики у пацієнтів групи ІБ із параноїдною шизофренією без розвинутого музичного слуху (рис. 3.2).

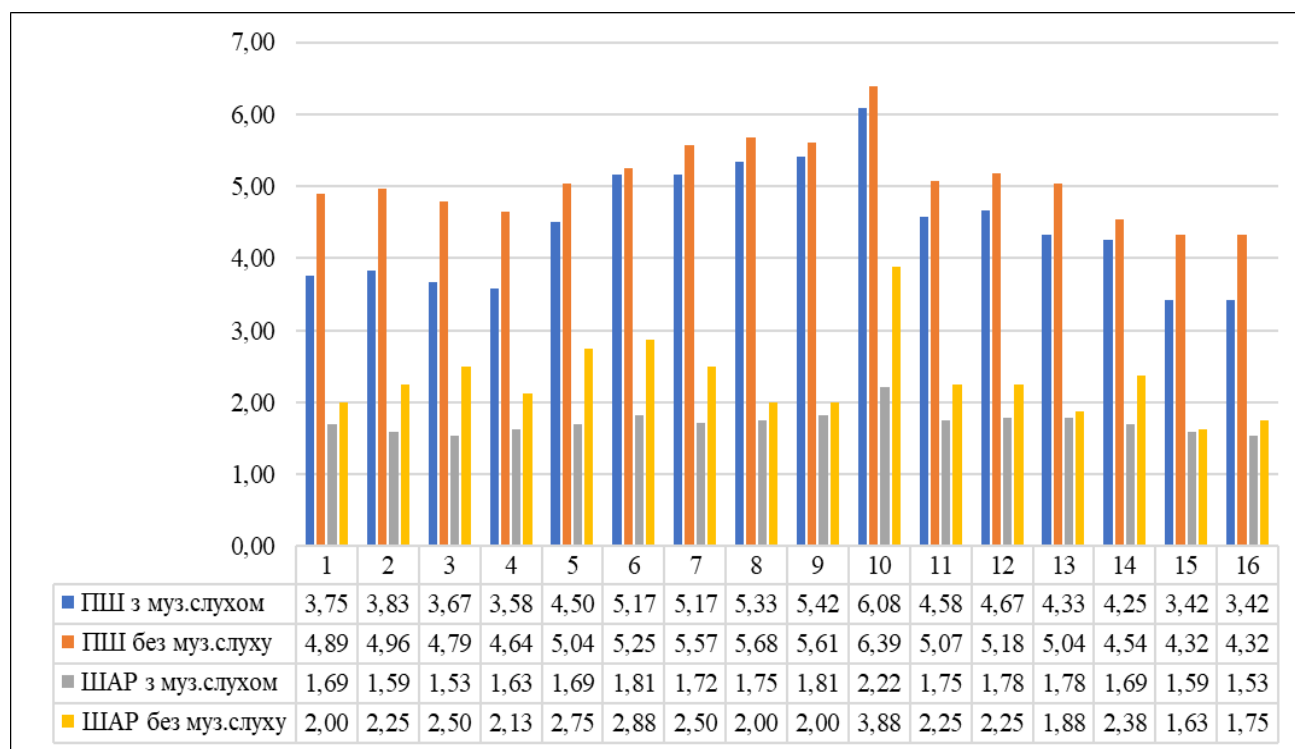


Рисунок 3.2 – Порівняння рівня негативної симптоматики за шкалою NSA-16 у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

У цій групі середній бал був $5,08 \pm 0,12$ бали із коливаннями від $4,32 \pm 0,24$ бали (Обмежена жестикуляція, Повільні рухи) до $6,39 \pm 0,11$ бали (Статевий потяг). У пацієнтів групи ІА, що мають ПШ та наявний музичний слух, середній бал був нижчим ($p < 0,01$) від пацієнтів групи ІБ і становив $4,45 \pm 0,11$ бали у межах від $3,42 \pm 0,15$ бали (Обмежена жестикуляція, Повільні рухи) до $6,08 \pm 0,19$ балів (Статевий потяг). Найбільш вираженою різниця балів у 1,3 рази ($p < 0,01$) у пацієнтів із параноїдною шизофренією залежно від психоакустичних здібностей була при негативних симптомах пов'язаних із мовленням (Бідне мовлення, Затримка відповіді, Обмежений обсяг мовлення, Нерозбірливе мовлення).

Найменша різниця балів в 1,02-1,05 рази ($p > 0,01$) мала місце при «Обмеженому обсягу мовлення» (N6), «Слабкому порозумінні з опитувачем» (N9) та «Статевому потягу» (N10).

У пацієнтів із шизоафективним розладом також середні бали були вищими ($p < 0,01$) у осіб без музичного слуху – $2,31 \pm 0,15$ балів проти $1,72 \pm 0,12$ бали у пацієнтів із музичним слухом. У обох підгрупах найвищі бали мали негативні

симптоми «Статевий потяг» (група ПА – $2,22 \pm 0,25$ бали, група ПБ – $3,88 \pm 0,30$ бали, $p < 0,01$) та «Обмежений обсяг мовлення» (група ПА – $1,81 \pm 0,16$ бали, група ПБ – $2,88 \pm 0,23$, $p < 0,01$). Найнижчі бали були при негативних симптомах «Повільні рухи» (група ПА – $1,53 \pm 0,13$ бали, група ПБ – $1,75 \pm 0,25$ бали, $p > 0,01$) та «Обмежена жестикуляція» (група ПА – $1,59 \pm 0,13$ бали, група ПБ – $1,63 \pm 0,26$ бали, $p > 0,01$). Найбільшою різниця у балах ($p < 0,01$) підгруп ПА та ПБ мала місце при негативних симптомах N10 (у 1,75 рази), N3 та N5 (у 1,63 рази). Практично відсутня різниця балів ($p > 0,01$) була при негативних симптомах N15 та N13 (у 1,02 та 1,05 рази відповідно).

У обох підгрупах пацієнтів із ШАР всі негативні симптоми шкали NSA-16 мали достовірно ($p < 0,01$) нижчий рівень порівняно з відповідними підгрупами пацієнтів із ПШ. Найбільш вираженою різниця балів негативних симптомів у групах пацієнтів із музичним слухом була при N8 «Слабкий соціальний потяг» (у 3,05 рази) та при N7 «Слабкий вияв емоцій на вимогу» (у 3,02 рази); у групах пацієнтів без музичного слуху – при N8 (у 2,84 рази) та при N9 «Слабке порозуміння з опитувачем» (у 2,80 рази).

Результати розподілу за статтю рівня негативної симптоматики за шкалою NSA-6 показали відсутність значних відмінностей за гендерною ознакою у пацієнтів всіх груп, проте певні особливості мали місце. Так, у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які мали музичний слух, 9 із 16 критеріїв мали вищі бали у жінок, із найбільшою різницею у 1,45 рази при N4 «Нерозбірливе мовлення» ($p < 0,01$). Із семи критеріїв, що мали вищі середні бали у чоловіків, найбільшою була різниця у 1,27 рази при N1 «Затримка відповіді» ($p > 0,01$).

У пацієнтів без музичного слуху групи I більшість (12 з 16) негативних симптомів була незначно більш вираженою у жінок порівняно з чоловіками у 1,02-1,16 рази ($p > 0,01$). При решті чотирьох критеріях, які мали вищі середні бали у чоловіків, різниця була у 1,01-1,13 рази ($p > 0,01$).

Аналіз гендерних відмінностей у пацієнтів із ШАР, які мали музичний слух, показав відсутність різниці середніх балів при N5 та N12 у обох статей, у 1,02 рази ($p > 0,01$) більший середній бал у чоловіків при N2, та при решті критеріїв –

вищі значення у жінок: від у 1,04 рази при N6 ($p>0,01$) до в 1,57 рази при N8 «Слабкий соціальний потяг» ($p<0,01$).

У пацієнтів із ШАР без музичного слуху при трьох негативних симптомах NSA-16 (N1, N8, N9) були однакові середні бали (2 бали) як у чоловіків, так і у жінок; при 7 з 16 критеріїв – перевищення середніх балів у жінок (від у 1,04 рази при N4 ($p>0,01$) до у 2,43 рази при N12 «Обмежена цілеспрямованість» ($p<0,01$); та при 6 з 16 критеріїв – більші значення середніх балів негативної симптоматики у чоловіків (від у 1,08 рази при N13 ($p>0,01$) до у 1,27 рази при N15 ($p>0,01$)).

Таким чином, достовірно вищі ($p<0,01$) середні значення балів у жінок порівняно із чоловіками були доведені лише у групі IA при N4 (у 1,45 рази), у групі IIА при N8 (у 1,57 рази) та у групі IIБ при N12 (у 2,43 рази). Зворотна різниця за статтю поміж середніми балами негативних симптомів шкали NSA-16 зі змінами у сторону чоловіків не була доведена.

3.3 Оцінка негативної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп

Аналіз результатів дослідження рівнів негативної симптоматики шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп показав вищі рівні критеріїв N5, N6, N7, які мали більші за середні значення у обох групах спостереження (рис. 3.3).

У групі пацієнтів із параноїдною шизофренією найвищий рівень балів мав негативний критерій N7 «Стереотипне мислення» – $4,38\pm 0,23$ бали, на другому місці – N6 «Порушення спонтанності і плавності в бесіді» – $4,33\pm 0,21$ бали, на третьому – N5 «Порушення абстрактного мислення» – $3,93\pm 0,18$ балів. У групі пацієнтів із шизоафективним розладом чільне місце за значенням балів негативних симптомів посідав N5 – $2,70\pm 0,19$ балів, друге та третє місця – N6 та N7 – $2,55\pm 0,19$ та $2,55\pm 0,21$ балів відповідно.

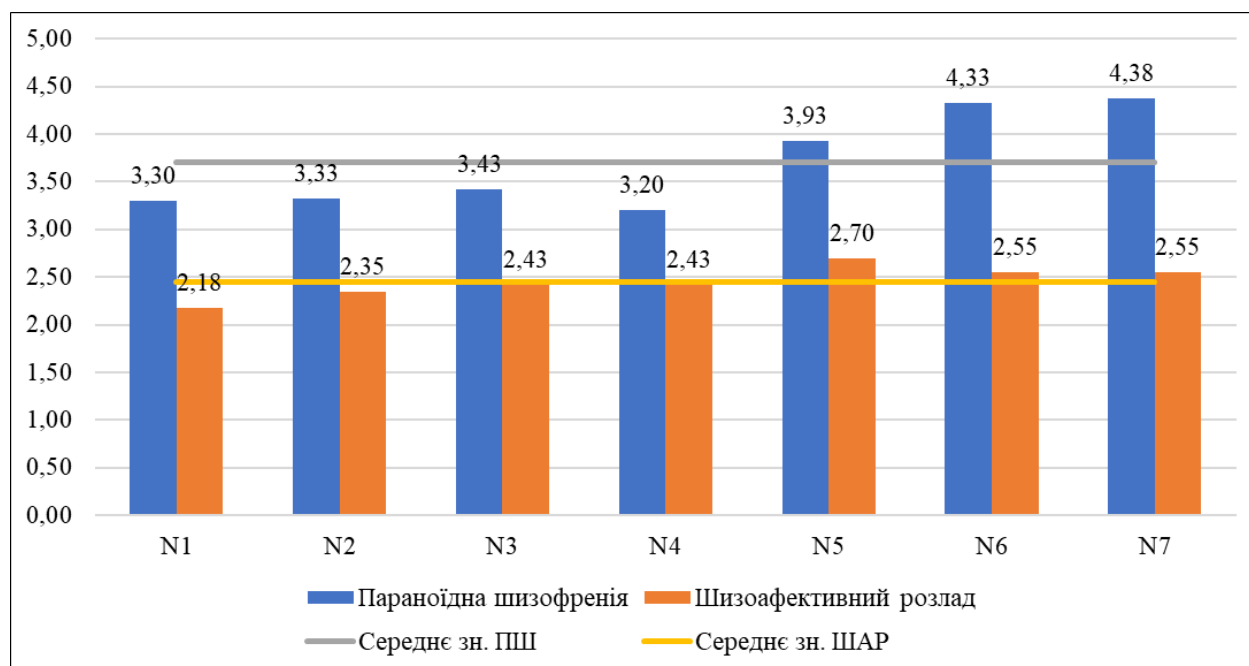


Рисунок 3.3 – Середні рівні негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Найнижчий рівень негативної симптоматики у пацієнтів із ПШ мав критерій N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» – $3,20 \pm 0,19$ балів, у пацієнтів із ШАР – N1 «Притуплений афект» – $2,18 \pm 0,18$ балів. Всі негативні симптоми шкали PANSS мали вищі значення балів у пацієнтів із ПШ, ніж у пацієнтів із ШАР у 1,32-1,72 рази ($p < 0,01$).

Порівнюючи рівень негативної симптоматики залежно від наявності психоакустичних здібностей, встановлено, що у пацієнтів із музичним слухом обох досліджуваних груп значення всіх негативних критеріїв були нижчими у 1,61-2,58 рази, ніж у пацієнтів без музичного слуху ($p < 0,01$) (табл. 3.3).

У групі I пацієнтів із ПШ найбільшою (у 2,14 рази) різниця була у рівнях балів при критерії N1 «Притуплений афект» – $1,83 \pm 0,17$ бали (група IA) проти $3,93 \pm 0,16$ бали (група IB); у групі II пацієнтів з ШАР – при критерії N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» (у 2,58 рази) – $1,84 \pm 0,14$ бали (група IIА) проти $4,75 \pm 0,31$ балів (група IIБ).

Таблиця 3.3 – Порівняння середніх рівнів негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів груп із різними психоакустичними здібностями (бали)

№ негат. симп.	Критерії	ПШ з муз.сл.	ПШ без муз.сл.	ШАР з муз.сл.	ШАР без муз.сл.
N1	Притуплений афект	1,83±0,17	3,93±0,16*	1,72±0,09	4,00±0,38*
N2	Емоційна відгородженість	2,08±0,19	3,86±0,16*	1,84±0,13	4,38±0,46*
N3	Труднощі в спілкуванні: малокоунктактність, некомунікабельність	2,25±0,22	3,93±0,15*	1,91±0,13	4,50±0,33*
N4	Пасивно-апатична соціальна відгородженість	2,17±0,24	3,64±0,19*	1,84±0,14	4,75±0,31*#
N5	Порушення абстрактного мислення	2,75±0,18	4,43±0,17*	2,25±0,13#	4,50±0,33*
N6	Порушення спонтанності і плавності в бесіді	2,58±0,19	5,07±0,14*	2,09±0,14#	4,38±0,32*#
N7	Стереотипне мислення	2,50±0,29	5,18±0,12*	2,09±0,16	4,38±0,38*#
У середньому		2,31±0,16	4,29±0,13*	1,96±0,11	4,41±0,32*
Примітки 1. * – достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл. Примітка 2. # – достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ШАР з муз.сл., ПШ без муз.сл. та ШАР без муз.сл.					

Порівняння окремо груп досліджуваних патологій із наявним музичним слухом (ІА та ІА) показало незначно вищі значення у пацієнтів із ПШ, ніж із ШАР – у 1,07-1,23 рази, із доведеною різницею значень балів при критеріях N5 та N6 (у 1,22 рази та у 1,23 рази відповідно, $p<0,01$).

Порівняння груп без наявного музичного слуху (ІБ та ІБ) засвідчило більш виразнішу симптоматику негативних симптомів при ШАР, ніж при ПШ: у 1,02-1,30 рази, окрім двох критеріїв N6 та N7, які мали вищий рівень у пацієнтів із ПШ, ніж із ШАР – у 1,16 рази та у 1,18 рази відповідно ($p<0,01$).

Аналіз розподілу за статтю пацієнтів досліджуваних груп показав незначно вищий рівень негативних симптомів у жінок, ніж у чоловіків: відповідно межі негативної симптоматики у жінок були 3,29±0,29 – 5,14±0,14 бали (група І) та 2,46±0,25 – 2,85±0,28 бали (група ІІ); у чоловіків – 3,18±0,22 – 4,21±0,25 бали (група І) та 1,64±0,13 – 2,43±0,17 бали (група ІІ) (рис. 3.4).

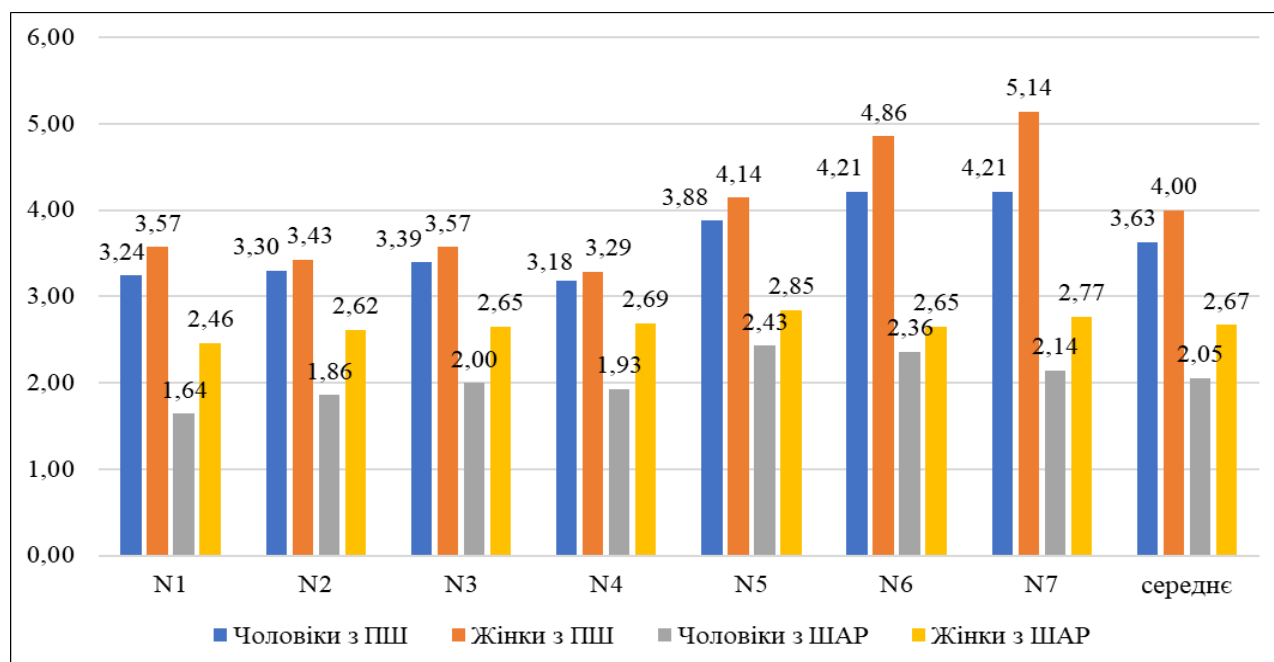


Рисунок 3.4 – Розподіл за статтю середніх рівнів негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Різниця відповідно становила: від у 1,03 рази (при N4, $p > 0,01$) до у 1,22 рази (при N7, $p < 0,01$) у групі пацієнтів із ПШ та від у 1,13 рази (при N6, $p > 0,01$) до у 1,50 рази (при N1, $p < 0,01$).

Порівняння рівня розвитку негативної симптоматики у пацієнтів із психоакустичними здібностями залежно від гендерних ознак показало і у чоловіків, і у жінок вищий рівень балів негативної симптоматики за шкалою PANSS при відсутності музичного слуху у обох групах пацієнтів ($p < 0,01$) (табл. 3.4).

У групі пацієнтів із ПШ із наявним музичним слухом рівень балів негативних симптомів був у 1,63 рази ($p < 0,01$) вищий у жінок, ніж у чоловіків, тоді як у цій групі в пацієнтів без музичного слуху – навпаки негативна симптоматика була більш розвинута у чоловіків (у 1,07 рази, $p > 0,01$).

Таблиця 3.4 – Розподіл за статтю середніх рівнів негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп залежно від наявності чи відсутності музичного слуху (бали)

Групи	Чоловіки	Жінки	Співвідношення між показниками:	
			чол/жін (рази)	жін/чол (рази)
ПШ	3,63±0,21	4,00±0,11		1,10
ПШ з муз.сл.	2,19±0,13	3,57±0,30 ^α		1,63
ПШ без муз.сл.	4,35±0,17*	4,07±0,10	1,07	
ШАР	2,05±0,14	2,67±0,27 ^α		1,30
ШАР з муз.сл.	2,01±0,14	1,93±0,15 [#]	1,04	
ШАР без муз.сл.	2,57±0,20* [#]	4,67±0,20* ^{#α}		1,82

Примітка 1. * – достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл.
Примітка 2. [#] – достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ШАР з муз.сл., ПШ без муз.сл. та ШАР без муз.сл.
Примітка 3. ^α – достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками чоловіків та жінок.

У групі пацієнтів із ШАР із наявним музичним слухом рівень негативної симптоматики був незначно вищим (у 1,04 рази, $p>0,01$) у чоловіків, тоді як у пацієнтів без музичного слуху цієї групи – у жінок (у 1,82 рази, $p<0,01$).

Тобто, доведеним ($p<0,01$) є вищий рівень балів негативної симптоматики ПШ у жінок із наявним музичним слухом та жінок із ШАР без музичного слуху.

Дослідження кореляційного зв'язку між психоакустичними властивостями та інтенсивністю негативної симптоматики у досліджуваних групах підтвердило наявність переважно сильного зворотного кореляційного зв'язку між цими ознаками (r від -0,58 до -0,86, $p<0,05$) (табл. 3.5).

А саме: відсутність музичного слуху корелює із вищою негативною симптоматикою досліджуваних психічних захворювань [46, 47].

Таблиця 3.5 – Кореляційні зв'язки (r) між музичним слухом та негативною симптоматикою шкали PANSS у пацієнтів груп з ПШ та ШАР

Ознака	Групи	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	У сер.
Муз. слух	ПШ	-0,78*	-0,72*	-0,70*	-0,58*	-0,68*	-0,86*	-0,86*	-0,81*
	ШАР	-0,82*	-0,77*	-0,81*	-0,83*	-0,76*	-0,76*	-0,70*	-0,83*

Примітка. * – зв'язок між показниками доведений ($p < 0,05$).

Аналіз розподілу частоти наявності негативної симптоматики шкали PANSS у пацієнтів із параноїдною шизофренією показав, що переважна більшість (83,33 %) пацієнтів із музичним слухом мали незначні її прояви – дуже слабка (2 бали) і слабка (3 бали) вираженість ($p < 0,05$ з іншими балами) (табл.3.6).

Таблиця 3.6 – Структура розподілу балів негативних симптомів у пацієнтів з параноїдною шизофренією ($P \pm m_p$, %)

№	Бали					
	1	2	3	4	5	6
нег	Група осіб з ПШ з музичним слухом (n=12)					
с.	Група осіб з ПШ без музичного слуху (n=28)					
1	2	3	4	5	6	7
N1	25,00±12,50*	66,67±13,61	8,33±7,98*	0,00	0,00	0,00
N2	16,67±10,76*	58,33±14,23	25,00±12,50	0,00	0,00	0,00
N3	16,67±10,76	41,67±14,23	41,67±14,23	0,00	0,00	0,00
N4	25,00±12,50	33,33±13,61	41,67±14,23	0,00	0,00	0,00
N5	0,00	33,33±13,61	58,33±14,23	8,33±7,98	0,00	0,00
N6	0,00	50,00±14,43	41,67±14,23	8,33±7,98*	0,00	0,00
N7	8,33±7,98*	50,00±14,43	33,33±13,61	0,00	8,33±7,98*	0,00
Вс	13,10±3,68*	47,62±5,45	35,71±5,23	2,38±1,66*	1,19±1,18*	0,00
N1	0,00	3,57±3,51 [#]	25,00±8,18 [#]	50,00±9,45	17,86±7,24 [#]	3,57±3,51 [#]
N2	0,00	3,57±3,51 [#]	28,57±8,54	50,00±9,45	14,29±6,61 [#]	3,57±3,51 [#]
N3	0,00	3,57±3,51 [#]	21,43±7,75 [#]	57,14±9,35	14,29±6,61 [#]	3,57±3,51 [#]
N4	3,57±3,51 [#]	10,71±5,85 [#]	21,43±7,75 [#]	46,43±9,42	17,86±7,24 [#]	0,00

Закінчення табл. 3.6

1	2	3	4	5	6	7
N5	0,00	3,57±3,51 [#]	0,00	64,29±9,06	14,29±6,61 [#]	17,86±7,24 [#]
N6	0,00	0,00	3,57±3,51	10,71±5,85	60,71±9,23 [#]	25,00±8,18
N7	0,00	0,00	3,57±3,51	0,00	71,43±8,54	25,00±8,18
Вс	0,51±0,51 [#]	3,57±1,33 [#]	14,80±2,54 [#]	39,80±3,50	30,10±3,28 [#]	11,22±2,25 [#]
Примітка 1. * – наявна (p<0,05) різниця з часткою оцінок «2 бали».						
Примітка 2. [#] – наявна (p<0,05) різниця з часткою оцінок «4 бали».						

У групі пацієнтів із ПШ, що не мали розвинутого музичного слуху, більшість (69,90 %) хворих мали значні прояви негативних симптомів – помірна (4 бали) і сильна вираженість (5 балів) (p<0,05 з іншими групами).

Результати оцінки розподілу балів негативної симптоматики PANSS у пацієнтів із шизоафективним розладом показали, що найбільша кількість (78,57 %) досліджуваних із наявним музичним слухом мала відсутність (1 бал) або дуже слабку вираженість проявів (2 бали) (p<0,05 з іншими балами) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7 – Структура розподілу балів негативних симптомів у пацієнтів з шизоафективним розладом (P±m_p, %)

№ н. с.	Бали					
	1	2	3	4	5	6
Група осіб із ШАР з музичним слухом (n=32)						
1	2	3	4	5	6	7
N1	31,25±8,19*	65,63±8,40	3,13±3,08*	0,00	0,00	0,00
N2	31,25±8,19*	56,25±8,77	9,38±5,15*	3,13±3,08*	0,00	0,00
N3	28,13±7,95*	56,25±8,77	12,50±5,85*	3,13±3,08*	0,00	0,00
N4	37,50±8,56	40,63±8,68	21,88±7,31*	0,00	0,00	0,00
N5	15,63±6,42*	46,88±8,82	34,38±8,40	3,13±3,08*	0,00	0,00
N6	21,88±7,31*	50,00±8,84	25,00±7,65*	3,13±3,08*	0,00	0,00
N7	28,13±7,95	40,63±8,68	28,13±7,95	0,00	3,13±3,08*	0,00
Сер	27,68±2,99*	50,89±3,34	19,20±2,63*	1,79±0,88*	0,45±0,45*	0,00
Група осіб із ШАР без музичного слуху (n=8)						
N1	0,00	12,50±11,69	12,50±11,69	37,50±17,12	37,50±17,12	0,00

Закінчення табл.3.7

№. н.с.	1	2	3	4	5	6
N2	0,00	12,50±11,69	0,00	50,00±17,68	12,50±11,69	25,00±15,31
N3	0,00	0,00	12,50±11,69	37,50±17,12	37,50±17,12	12,50±11,69
N4	0,00	0,00	12,50±11,69 [#]	12,50±11,69 [#]	62,50±17,12	12,50±11,69 [#]
N5	0,00	0,00	25,00±15,31 [#]	0,00	75,00±15,31	0,00
N6	0,00	0,00	25,00±15,31	12,50±11,69 [#]	62,50±17,12	0,00
N7	0,00	12,50±11,69 [#]	0,00	25,00±15,31	62,50±17,12	0,00
Сер	0,00	5,36±3,01 [#]	12,50±4,42 [#]	25,00±5,79 [#]	50,00±6,68	7,14±3,44 [#]
Примітка 1. * – наявна (p<0,05) різниця з часткою оцінок «2 бали».						
Примітка 2. [#] – наявна (p<0,05) різниця з часткою оцінок «5 бали».						

У пацієнтів із ШАР, що не мали вираженого музичного слуху, переважно (75,00 %) негативні симптоми шкали PANSS проявлялись більш інтенсивно – помірна (4 бали) та сильна (5 балів) вираженість (p<0,05 з іншими балами).

3.4 Порівняльна оцінка взаємозалежності рівнів негативних шкал NSA та PANSS у пацієнтів із ПШ та ШАР

Оцінка кореляційної залежності рівнів негативних симптомів параноїдної шизофренії за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із наявним музичним слухом (табл. 3.8)

Таблиця 3.8 – Дані кореляційної залежності (r) рівнів негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які мають розвинутий музичний слух (група ІА)

№ симп. шкали NSA-16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	2	3	4	5	6	7	8
1	-0,10	0,14	-0,12	0,07	-0,05	0,23	-0,06
2	-0,15	0,16	0,08	0,40	0,31	0,35	-0,00
3	-0,08	0,14	0,00	0,06	0,00	0,14	-0,14
4	-0,18	0,22	0,21	0,24	0,33	0,28	-0,05
5	0,20	0,09	0,23	0,27	0,28	0,43	0,34

Закінчення табл.3.8

№ симп. шкали NSA-16	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
6	0,15	0,03	-0,25	0,51*	0,10	0,22	0,00
7	0,67	0,41	0,15	0,37	0,19	0,06	0,00
8	0,43	0,37	0,00	0,59*	0,30	0,37	0,18
9	0,27	0,08	0,23	0,62*	0,38	0,19	0,20
10	-0,04	0,02	-0,32	0,19	-0,05	0,12	0,07
11	0,56	0,42	0,41	0,25	0,64*	0,55*	0,44
12	0,40	0,35	0,37	0,39	0,67*	0,56*	0,42
13	0,08	-0,14	0,19	-0,06	0,45	0,49*	0,28
14	-0,13	-0,38	-0,05	-0,26	0,29	0,38	0,22
15	0,36	0,64*	0,53*	0,39	0,50*	0,51*	0,44
16	0,36	0,64*	0,53*	0,39	0,50*	0,51*	0,36

Примітка. * – наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.

показала, що найчастіше наявна взаємозалежність інтенсивності негативних симптомів шкали PANSS із такими симптомами шкали NSA, як: «Обмежена жестикуляція» (15) та «Повільні рухи» (16) – прямий середньої сили кореляційний зв'язок (r від +0,50 до +0,64, $p < 0,05$), які мали зв'язок із чотирма з семи негативних симптомів PANSS. Тоді як серед інших негативних симптомів були доведені лише поодинокі асоціації зв'язків [46, 47].

У групі пацієнтів із параноїдною шизофренією без музичного слуху (табл. 3.9)

Таблиця 3.9 – Дані кореляційної залежності (r) рівнів негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які мають не мають музичного слуху (група ІБ)

№ симп. шкали NSA-16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	-0,11	-0,15	-0,08	-0,03	-0,12	-0,11	-0,03
2	-0,04	-0,07	0,00	0,11	0,09	-0,14	-0,12

Закінчення табл.3.9

№ симп. шкали NSA-16	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
3	0,16	0,03	0,11	0,21	0,15	-0,09	-0,05
4	0,11	0,10	0,16	0,16	0,18	0,12	0,25
5	0,10	0,04	0,00	0,14	0,02	0,06	0,14
6	0,22	0,25	0,29	0,28	0,00	-0,04	0,19
7	0,06	0,12	0,13	0,13	-0,01	0,01	0,18
8	0,17	0,21	0,25	0,28	0,07	0,03	0,13
9	0,24	0,40*	0,35*	0,43*	0,27	0,23	0,25
10	0,24	0,19	0,26	0,26	0,19	-0,02	0,10
11	-0,01	0,07	0,04	0,08	-0,04	0,10	0,13
12	-0,01	0,05	0,03	0,04	0,01	0,11	0,16
13	-0,18	-0,19	-0,15	-0,13	-0,02	-0,05	0,01
14	0,05	0,10	0,05	0,03	-0,03	0,13	0,12
15	-0,13	-0,08	-0,10	-0,01	0,06	0,07	0,03
16	0,15	0,20	0,20	0,28	0,06	-0,10	-0,07
Примітка. * – наявність ($p<0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.							

кореляційний зв'язок був доведений лише для негативного симптому шкали NSA «Слабке порозуміння з опитувачем» (9) та N2, N3, N4 шкали PANSS – прямий середньої сили зв'язок (r від +0,35 до +0,43, $p<0,05$). Для решти негативних симптомів обох шкал не було встановлено доведеного взаємного впливу. Для решти негативних симптомів обох шкал не було встановлено доведеного взаємного впливу.

Значно більше доведених кореляційних зв'язків спостерігається між негативною симптоматикою обох шкал у пацієнтів із шизоафективним розладом. Зокрема, у пацієнтів цієї групи із наявним музичним слухом (група ІА) (табл. 3.10) найбільший зв'язок був доведений для симптому N7 шкали PANSS, який взаємозалежав із 9-ти з 16-ти негативними симптомами шкали NSA (№ 5-7, 9-13, 15) – прямий середньої сили зв'язок (r від +0,38 до +0,57, $p<0,05$).

Таблиця 3.10 – Дані кореляційної залежності (r) рівнів негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із шизоафективним розладом, які мають розвинутий музичний слух (група ІА)

№ симп. шкали NSA-16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	0,12	0,03	0,00	0,46*	0,11	0,00	0,29
2	0,03	0,06	-0,01	0,19	-0,05	0,08	0,27
3	0,07	0,17	0,10	0,21	0,22	0,25	0,31
4	0,22	0,07	-0,12	0,06	0,00	0,12	0,19
5	0,10	0,21	0,06	0,25	0,09	0,28	0,42*
6	0,23	0,25	0,17	0,24	0,21	0,30	0,49*
7	0,03	0,08	0,01	0,26	0,15	0,27	0,38*
8	0,12	0,09	0,06	0,27	0,10	0,08	0,27
9	0,24	0,16	0,12	0,30	0,12	0,12	0,39*
10	0,17	0,22	0,21	0,27	0,34*	0,39*	0,48*
11	0,36*	0,32	0,23	0,46*	0,26	0,14	0,42*
12	0,07	0,13	0,29	0,25	0,25	0,28	0,52*
13	0,22	0,32	0,23	0,25	0,29	0,33*	0,57*
14	0,01	0,08	0,11	0,07	0,13	0,10	0,25
15	0,12	0,12	0,11	0,23	0,25	0,25	0,35*
16	0,07	0,10	0,10	0,21	0,16	0,20	0,31

Примітка. * – наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.

Серед негативних симптомів шкали NSA слід відмітити «Статевий потяг» (10), який був достовірно зв'язаний із трьома негативними симптомами PANSS N5, N6, N7 (r від +0,34 до +0,48, $p < 0,05$).

У пацієнтів із шизоафективним розладом без музичного слуху (табл. 3.11) чільне місце за взаємозв'язками належить негативному симптому шкали NSA «Слабке порозуміння з опитувачем» (9), який мав доведений зв'язок практично зі всіма негативними симптомами шкали PANSS (окрім N2) – r від +0,58 до +0,76, $p < 0,05$.

Таблиця 3.11 – Дані кореляційної залежності (r) рівнів негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із шизоафективним розладом, які мають не мають музичного слуху (група ПБ)

№ симп. шкали NSA-16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	0,25	0,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,58*	0,30	0,67*	0,17	0,33	0,08	0,07
3	0,25	0,10	0,00	0,00	0,00	0,15	0,38
4	0,32	0,08	0,09	0,05	0,09	0,12	0,42
5	0,58*	0,41	0,33	0,17	0,33	0,25	0,51
6	0,42	0,06	0,36	0,44	0,36	0,33	0,50
7	0,25	-0,10	0,00	0,60*	0,58*	0,73*	0,63*
8	0,58*	0,12	0,33	0,17	0,33	0,34	0,44
9	0,75*	0,41	0,58*	0,60*	0,58*	0,58*	0,76*
10	0,32	0,05	0,46	0,14	0,28	0,07	-0,10
11	-0,29	-0,65*	-0,33	-0,52	-0,33	-0,25	-0,51
12	0,19	-0,12	0,22	0,11	0,22	0,06	0,05
13	0,48	0,18	0,46	-0,05	0,28	0,07	-0,10
14	0,00	-0,17	-0,10	-0,27	-0,10	-0,03	-0,20
15	0,72*	0,31	0,52	0,27	0,52	0,45	0,38
16	0,57	0,27	0,44	0,11	0,22	0,17	0,57

Примітка. * – наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.

Негативний емоційний симптом «Слабкий вияв емоцій на вимогу» (7) також мав доведений вплив на більшість (4 з 7) негативних симптомів шкали PANSS – r від +0,60 до +0,73, $p < 0,05$.

Таким чином, можна підсумувати, що у пацієнтів із наявним музичним слухом найбільшу участь у кореляційних зв'язках брали «Обмежена жестикуляція» (15) та «Повільні рухи» (16) при параноїдній шизофренії; «Стереотипне мислення» (N7) при шизоафективному розладі. У пацієнтів без музичного слуху – «Слабке порозуміння з опитувачем» (9) та «Слабкий вияв емоцій на вимогу» (7) при шизоафективному розладі [50, 192].

3.5 Оцінка позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп

Аналіз результатів дослідження показав, що в пацієнтів із параноїдною шизофренією (група I) рівень симптоматики позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS є в середньому у 1,13 рази вищий ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів із шизоафективним розладом (група II) ($3,89 \pm 0,08$ балів проти $3,45 \pm 0,06$ балів відповідно) (рис. 3.5).

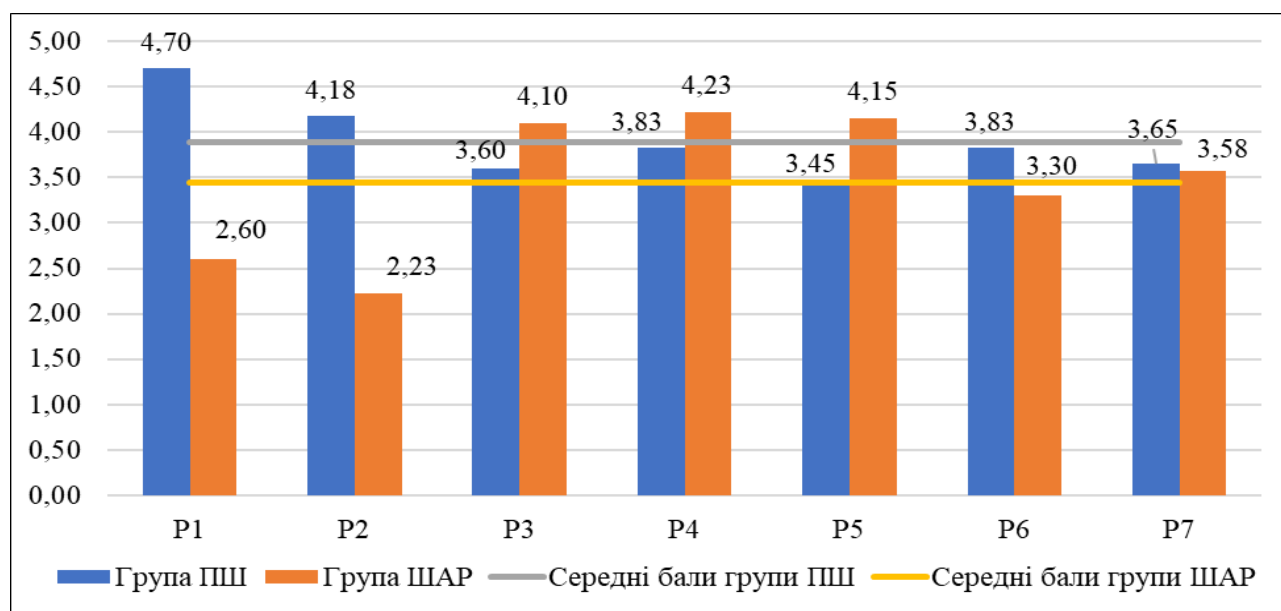


Рисунок 3.5 – Порівняння рівня позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Найбільшою різниця в групах була при позитивних симптомах P1 «Маячення» та P2 «Розлади мислення» – у 1,81-1,88 рази із більшими значеннями у групі I хворих на ПШ ($p < 0,01$). Зокрема у пацієнтів із параноїдною шизофренією переважала симптоматика сильно виражених симптомів «Маячення»: наявність численних, чітко оформлених і стійких маячних ідей, які періодично відображались на мисленні, соціальних відносинах і поведінці хворого та помірно виражених симптомів «Розладів мислення»: при простому

спілкуванні здатність зосередження зберігалась, проте, при більш складних ситуаціях мислення ставало більш аморфним і позбавленим цілеспрямованості. Тоді як у пацієнтів із шизоафективним розладом ці симптоми були слабо виражені і проявлялись наявністю однієї або двох нечітких мало оформлених і нестійких маячних ідей без порушення мислення та поведінки пацієнтів й деяким утрудненням при спробі зосередитися на одній думці.

Проте, афективні позитивні симптоми Р4 «Збудження» та Р5 «Ідеї величі» мали достовірно вищі рівні у пацієнтів із ШАР порівняно з пацієнтами з ПШ ($p < 0,01$). Що проявлялось помірною та сильною вираженістю у осіб із шизоафективним розладом симптому «Збудження»: явна схвильованість, підвищена дратівливість, прискорення мови і рухової активності, істотна гіперактивність або часті спалахи рухового збудження; та симптому «Ідея величі»: відзначення перевагу над іншими, чітко оформлені ідеї видатних здібностей, влади або надзвичайного стану. У пацієнтів із ПШ ці симптоми мали слабку або помірну вираженість: схвильованість пацієнта, незначно підвищена дратівливість та рухова активність, деяка експансивність і хвалькуватість.

Порівнюючи ступінь проявів позитивних симптомів у пацієнтів із різними психоакустичними здібностями, встановлено, що в обох групах I та II вищий рівень цих симптомів був у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із розвиненим музичним слухом ($p < 0,01$) (табл. 3.12). Найбільш вагомою різниця між цими показниками була у пацієнтів при позитивних симптомах Р2 (у 2,22 рази у групі I, у 1,93 рази у групі II, $p < 0,01$) та Р1 (у 2,09 рази у групі I та у 1,55 рази у групі II, $p < 0,01$), що дає можливість стверджувати, що симптоми «Маячення» та «Розлади мислення» мають більшу вираженість у пацієнтів без музичного слуху у обох групах, порівняно з пацієнтами з музичним слухом, проте все ж із перевагою у пацієнтів із параноїдною шизофренією.

Таблиця 3.12 – Порівняльне оцінювання позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад залежно від наявності музичного слуху ($M \pm m$, бали)

№ позит. симп.	Позитивна симптоматика	ПШ із муз.сл.	ПШ без муз.сл.	ШАР з муз.сл.	ШАР без муз.сл.
P1	Маячення	2,67±0,33	5,57±0,22*	2,34±0,12	3,63±0,50*#
P2	Розлади мислення	2,25±0,37	5,00±0,24*	1,88±0,12	3,63±0,63*#
P3	Галюцинації	3,92±0,23	3,46±0,15	3,97±0,13	4,63±0,42#
P4	Збудження	4,58±0,34	3,50±0,13*	4,38±0,24	3,63±0,53
P5	Ідеї величі	4,58±0,42	2,96±0,17*	4,38±0,28	3,25±0,53
P6	Настороженість, ідеї переслідування	3,33±0,41	4,04±0,20	3,28±0,25	3,38±0,38
P7	Ворожість	3,17±0,44	3,86±0,20	3,41±0,29	4,25±0,59
У середньому		3,50±0,12	4,06±0,08*	3,38±0,07	3,77±0,15*
Примітка 1. * – наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл. Примітка 2. # – наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ШАР з муз.сл., ПШ без муз.сл. та ШАР без муз.сл.					

У той же час позитивні афективні симптоми P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» у 1,21-1,55 рази ($p < 0,01$) навпаки мали вищий рівень у осіб із наявним музичним слухом у обох групах пацієнтів, ніж у пацієнтів без музичного слуху.

Результати аналізу кореляційної взаємозалежності між психоакустичними здібностями та інтенсивністю позитивної симптоматики у досліджуваних групах підтвердили наявність середньої сили зворотного кореляційного зв'язку між цими ознаками ($r_{\text{ГрI}} = -0,53$, $r_{\text{ГрII}} = -0,39$, $p < 0,05$) (табл. 3.13).

Таблиця 3.13 – Кореляційні зв'язки (r) між музичним слухом та позитивною симптоматикою шкали PANSS

Ознака	Групи	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	У сер.
Муз.	ПШ	-0,76*	-0,72*	0,26	0,51*	0,58*	-0,27	-0,26	-0,53*
слух	ШАР	-0,53*	-0,60*	-0,31*	0,32*	0,39*	-0,03	-0,20	-0,39*
Примітка. * – зв'язок між показниками доведений ($p < 0,05$).									

А саме: відсутність музичного слуху корелює з вищим рівнем позитивної симптоматики досліджуваних психічних захворювань, причому у пацієнтів з ПШ при симптомах P1 «Маячення» та P2 «Розлади мислення» кореляційний зв'язок був найбільш вираженим – сильний зворотній зв'язок ($r = -0,76$, $r = -0,72$, $p < 0,05$).

У пацієнтів із ШАР кореляційний зв'язок залежності симптомів P4 та P5 від музичного слуху був прямим ($p < 0,05$), що підтверджує попередні твердження про більш виражену позитивну симптоматику «Збудження» та «Ідеї величі» при наявних музичних здібностях у пацієнтів із ШАР.

Аналіз розподілу частоти наявності позитивної симптоматики шкали PANSS у пацієнтів із параноїдною шизофренією показав, що переважна більшість (53,57 %) хворих із музичним слухом (група ІА) мали незначні її прояви – дуже слабка (2 бали) і слабка (3 бали) вираженість ($p < 0,05$ з балами 1, 4, 6) (рис. 3.6).

У пацієнтів із ПШ без розвинутого музичного слуху, більшість (62,75 %) хворих мали більш значні прояви позитивних симптомів – слабка (3 бали) та помірна (4 бали) вираженість ($p < 0,05$ з іншими групами).

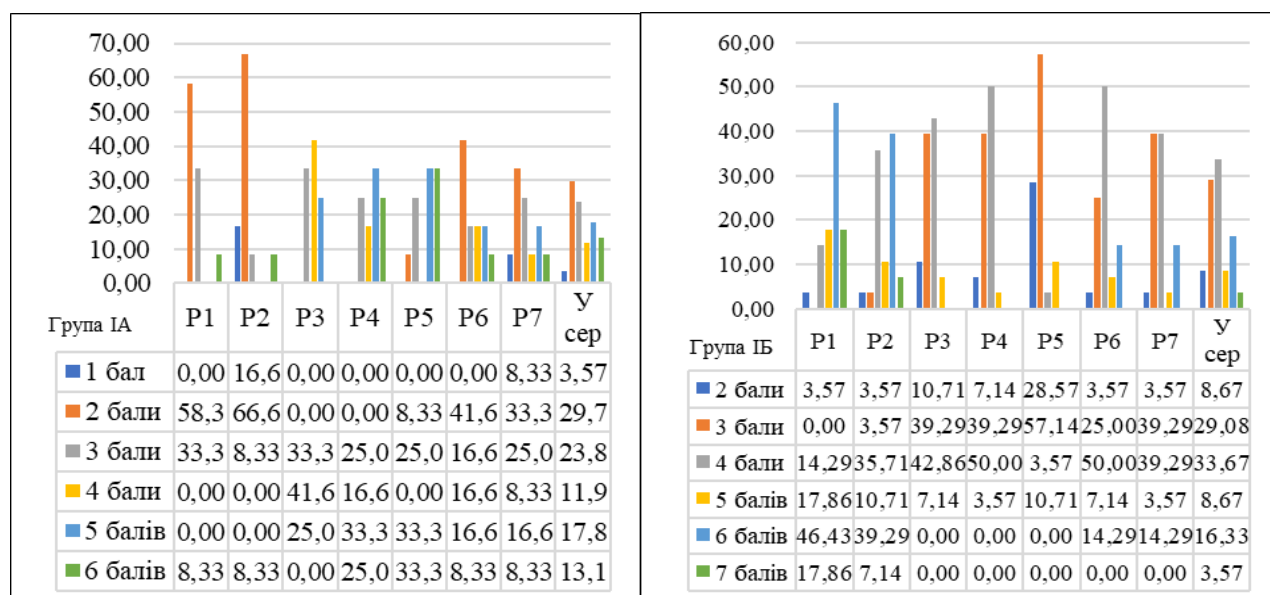


Рисунок 3.6 – Розподіл частки балів позитивних симптомів у пацієнтів із ПШ підгруп із музичним слухом (ІА) та без нього (ІБ) (%)

При оцінці розподілу балів позитивної симптоматики PANSS у пацієнтів із шизоафективним розладом встановлено, що більше половини (54,46 %) досліджуваних із музичним слухом мали незначні прояви хвороби – дуже слабка (2 бали) або слабка вираженість проявів (3 бали) ($p < 0,05$ з іншими балами) (рис. 3.7). Тоді як у пацієнтів із ШАР без музичного слуху позитивні симптоми шкали PANSS проявлялись більш рівно, починаючи від 2 балів ($23,21 \pm 5,64$ %) і до 6 балів ($17,86 \pm 5,12$ %) ($p > 0,05$).

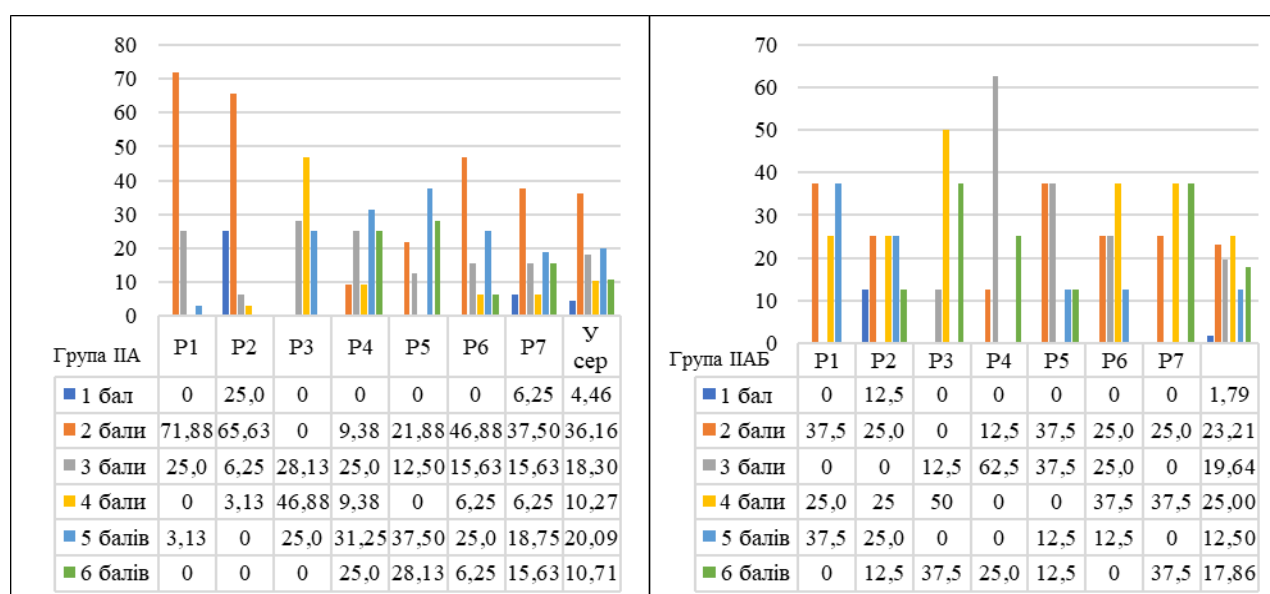


Рисунок 3.7 – Розподіл частки балів позитивних симптомів у пацієнтів із ШАР підгруп із музичним слухом (ІІА) та без нього (ІІБ) (%)

Розподіл за статтю пацієнтів із психопатологією показав незначно вищий рівень позитивних симптомів у жінок, ніж у чоловіків – в цілому $4,0 \pm 0,12$ бали проти $3,87 \pm 0,09$ бали у групі I та $3,47 \pm 0,09$ бали проти $3,43 \pm 0,09$ бали у групі II відповідно ($p > 0,01$) (рис. 3.8).

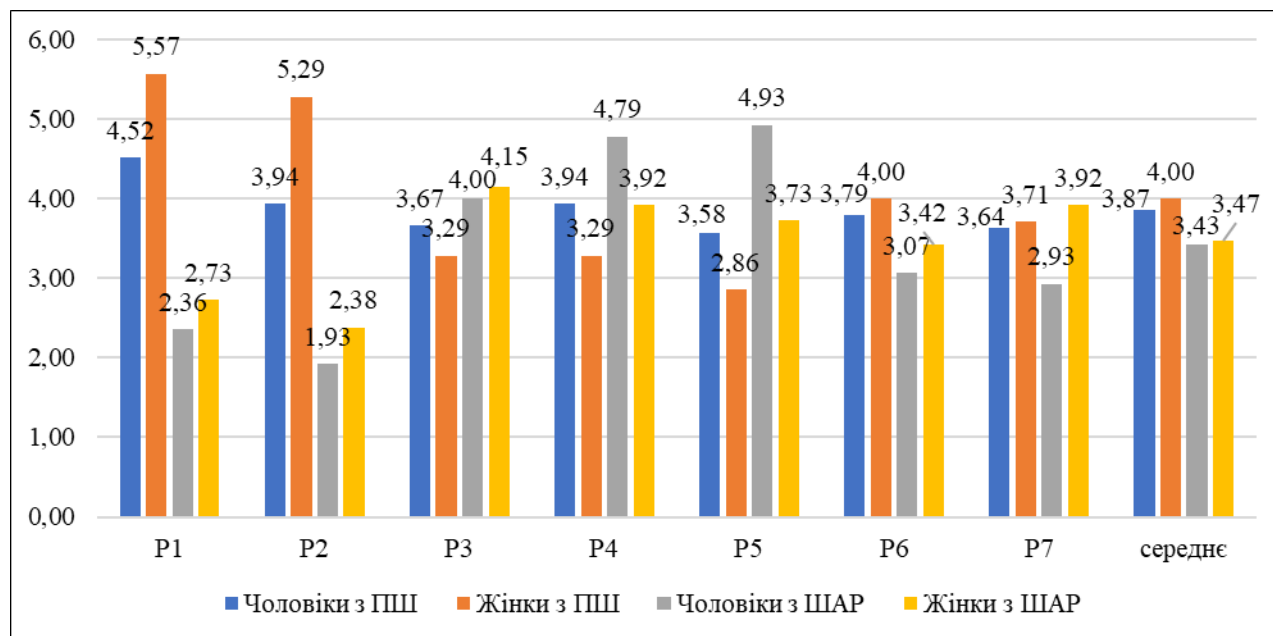


Рисунок 3.8 – Розподіл за статтю середніх рівнів позитивних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Виражена різниця рівнів позитивних симптомів у сторону жіночої статі із параноїдною шизофренією була при симптомах P1 та P2 (у 1,23-1,34 рази, $p < 0,01$), у сторону чоловічої статі – при P5 (у 1,25 рази, $p < 0,01$).

У пацієнтів із шизоафективним розладом вищий рівень проявів позитивної симптоматики у жінок був при P7 «Ворожість» (у 1,34 рази, $p < 0,01$), у чоловіків – при P4 та P5 (у 1,22-1,32 рази, $p < 0,01$).

Зіставлення рівня розвитку позитивної симптоматики за шкалою PANSS залежно від гендерних ознак та психоакустичних здібностей довело вищий рівень цих симптомів у чоловіків та жінок, які не мають музичного слуху, у обох групах пацієнтів ($p < 0,01$), окрім групи жінок із ПШ, які мали незначно вищий рівень позитивних балів при наявності музичного слуху ($p > 0,01$). Не було доведено достовірної різниці між розвитком позитивної симптоматики у чоловіків та жінок

(різниця була у межах від 1,01 рази до 1,20 рази, $p > 0,01$).

Таким чином, доведеним ($p < 0,01$) є вищий рівень балів позитивної симптоматики ПШ у чоловіків та ШАР у жінок без музичного слуху (табл. 3.14).

Таблиця 3.14 – Розподіл за статтю середніх рівнів позитивних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп залежно від наявності чи відсутності музичного слуху (бали)

Групи	Чоловіки	Жінки	Співвідношення між показниками:	
			чол/жін (рази)	жін/чол (рази)
ПШ	3,87±0,09	4,00±0,12		1,03
ПШ з муз.сл.	3,44±0,12	4,14±0,51		1,20
ПШ без муз.сл.	4,08±0,09*	3,98±0,14	1,03	
ШАР	3,43±0,09	3,47±0,09		1,01
ШАР з муз.сл.	3,42±0,10	3,35±0,09	1,02	
ШАР без муз.сл.	3,57±0,69	3,80±0,18*		1,06

Примітка. * – достовірність ($p < 0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл.

3.6 Оцінка загальної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп

Результати аналізу дослідження порівняння рівня загальної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів із ПШ (група I) та ШАР (група II) показали, що середній бал у групі I був у 1,4 рази вищий ($p < 0,01$), ніж у групі II і становив $4,00 \pm 0,18$ балів проти $2,85 \pm 0,11$ балів відповідно. Найбільш виражені дефіцитарні психопатологічні зміни мали місце при чотирьох загальних симптомах: G8, G12, G13, G16, середній бал яких був у 1,68 рази вищий в групі I ($4,43 \pm 0,25$ бали), ніж у групі II ($2,63 \pm 0,15$ балів), що і було причиною подальшої більш детальної уваги до саме цих симптомів (рис. 3.9).

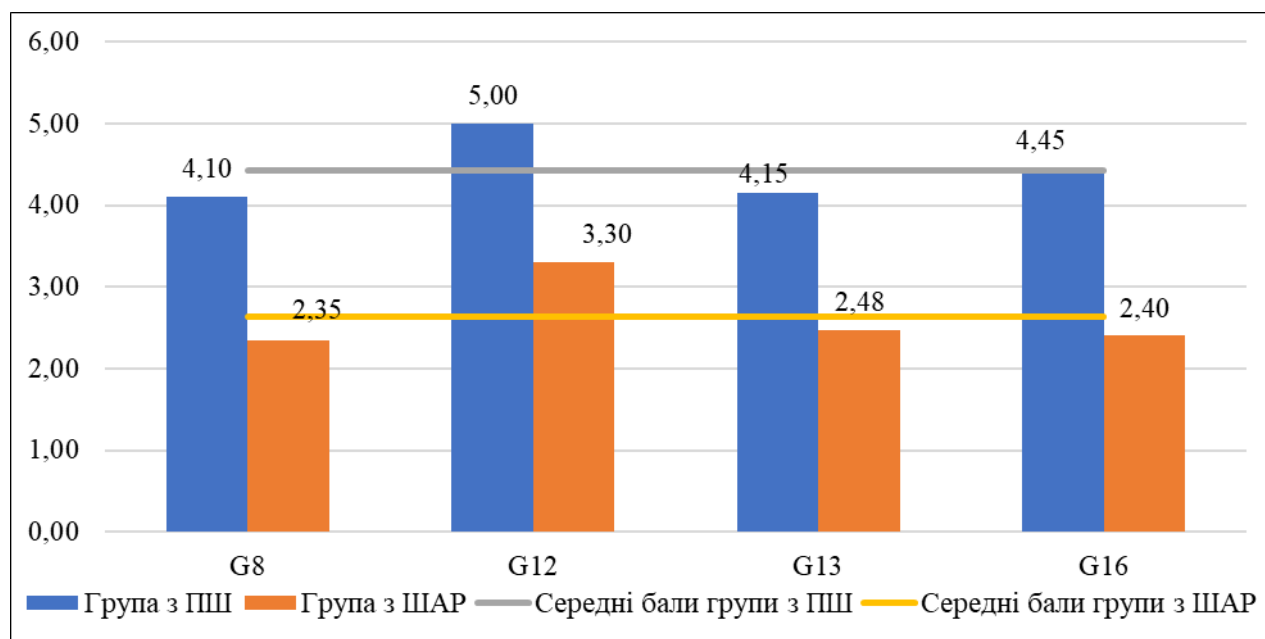


Рисунок 3.9 – Порівняння рівня загальної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Встановлено, що чільне місце серед загальних симптомів шкали PANSS-G у пацієнтів обох груп посідає симптом G12 «Зниження критики до власного стану» – $5,00 \pm 0,23$ бали у пацієнтів із ПШ та $3,30 \pm 0,13$ бали у пацієнтів із ШАР.

Порівняння проявів загальних дефіцитарних симптомів у пацієнтів із різними психоакустичними здібностями показало однаково в обох групах I та II вищий рівень цих симптомів у пацієнтів без музичного слуху (в 1,50-2,89 рази, $p < 0,01$) (табл. 3.15).

У пацієнтів із музичним слухом не було доведено різниці у рівнях показників загальних дефіцитарних симптомів при захворюваннях на ПШ та ШАР ($p > 0,01$), тоді як у пацієнтів без музичного слуху значно вищими ($p < 0,01$ при G8, G12 та у середньому) бали загальної симптоматики були при ПШ, ніж при ШАР.

Таблиця 3.15 – Середні бали загальних дефіцитарних психопатологічних симптомів за підшкалою PANSS-G у хворих досліджуваних груп (M±m, бали)

№ позит. симп.	Загальні дефіцитарні симптоми	ПШ з муз.сл.	ПШ без муз.сл.	ШАР з муз.сл.	ШАР без муз.сл.
G8	Малоконтактність (відмова від співпраці)	2,50±0,26	4,79±0,15*	2,34±0,09	2,38±0,18 [#]
G12	Зниження критики до власного стану	3,25±0,25	5,75±0,18*	3,00±0,08	4,50±0,33* [#]
G13	Вольові порушення	2,08±0,19	5,04±0,22*	1,97±0,13	4,50±0,42*
G16	Активна соціальна відстороненість	1,92±0,40	5,54±0,20*	1,75±0,17	5,00±0,46*
У середньому		2,44±0,26	5,28±0,16*	2,27±0,10	4,09±0,29* [#]
Примітка 1. * – наявність достовірної (p<0,01) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл.					
Примітка 2. [#] – наявність достовірної (p<0,01) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ШАР з муз.сл., ПШ без муз.сл. та ШАР без муз.сл.					

Розподіл за статтю пацієнтів із психопатологією показав значно вищий рівень загальних симптомів у жінок, ніж у чоловіків – в цілому 5,04±0,18 бали проти 4,30±0,30 бали у групі I та 2,88±0,21 бали проти 2,16±0,07 бали у групі II відповідно (p<0,01) (рис. 3.10). Виражена різниця (p<0,01) рівнів загальних симптомів у сторону жіночої статі була при всіх симптомах, окрім G13 при параноїдній шизофренії та G8 при шизоафективному розладі (p>0,01).

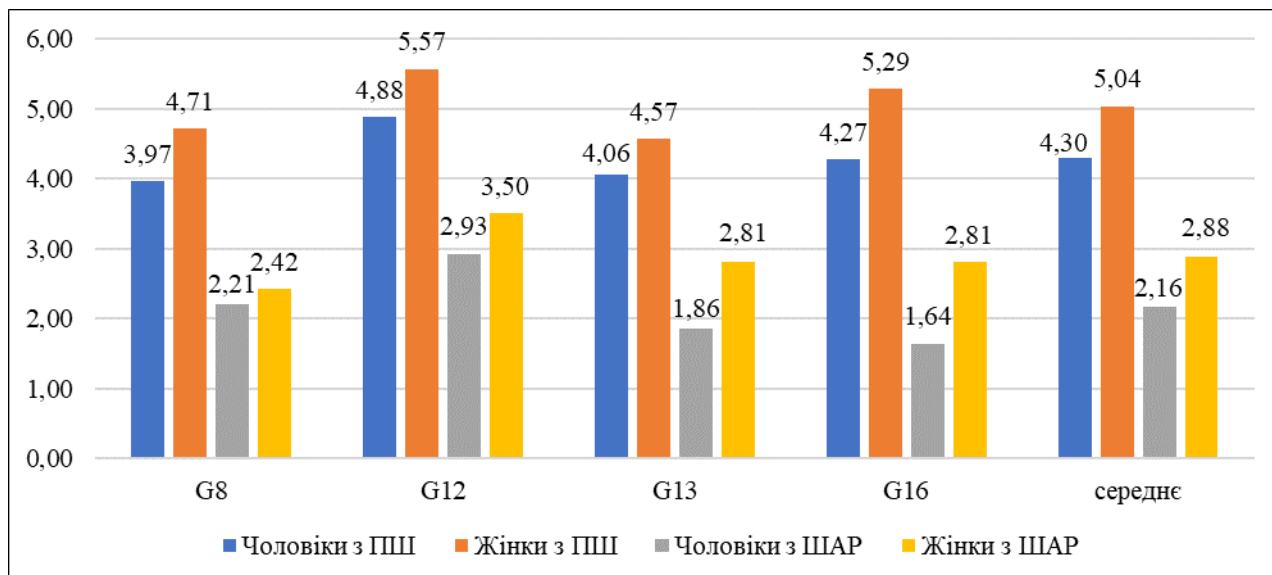


Рисунок 3.10 – Розподіл за статтю середніх рівнів загальних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп (бали)

Аналіз рівня загальної симптоматики за шкалою PANSS залежно від гендерних та психоакустичних ознак показав достовірно вищі значення цих балів у чоловіків із ПШ та жінок із ШАР, які не мають музичного слуху ($p < 0,01$) (табл. 3.16).

Таблиця 3.16 – Розподіл за статтю середніх рівнів загальних симптомів шкали PANSS у пацієнтів досліджуваних груп залежно від наявності чи відсутності музичного слуху (бали)

Групи	Чоловіки	Жінки	Співвідношення між показниками:	
			чол/жін (рази)	жін/чол (рази)
ПШ	4,30±0,30	5,04±0,18 ^α		1,17
ПШ з муз.сл.	2,18±0,08	5,25±0,36 ^α		2,41
ПШ без муз.сл.	5,35±0,20*	5,00±0,21	1,07	
ШАР	2,16±0,07	2,88±0,21 ^α		1,34
ШАР з муз.сл.	2,15±0,07	2,34±0,16 [#]		1,09
ШАР без муз.сл.	2,25±0,19 [#]	4,36±0,13* ^{#α}		1,94

Примітка 1. * – наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ПШ без муз.сл., ШАР з муз.сл. та ШАР без муз.сл.
Примітка 2. # – наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці між показниками підгруп ПШ з муз.сл. та ШАР з муз.сл., ПШ без муз.сл. та ШАР без муз.сл.
Примітка 3. ^α – достовірність ($p < 0,01$) різниці між показниками чоловіків та жінок.

Практично у всіх групах (крім ІБ та ПА) рівень балів загальної симптоматики був вищий у жінок ($p < 0,01$).

Результати дослідження кореляційної взаємозалежності між інтенсивністю загальної симптоматики та психоакустичними здібностями у досліджуваних групах довели наявність зворотного сильного кореляційного зв'язку між ними ($r_{\text{грI}} = -0,84$, $r_{\text{грII}} = -0,78$, $p < 0,05$), що свідчить про залежність вищого рівня загальної симптоматики психічних захворювань від відсутності музичного слуху (табл. 3.17).

Таблиця 3.17 – Кореляційні зв'язки (r) між музичним слухом та загальною симптоматикою шкали PANSS

Ознака	Групи	G8	G12	G13	G16	У сер.
Музичний слух	ПШ	-0,79*	-0,79*	-0,80*	-0,82*	-0,84*
	ШАР	-0,03	-0,74*	-0,78*	-0,79*	-0,78*
Примітка. * – зв'язок між показниками доведений ($p < 0,05$).						

Оцінка розподілу частоти проявів загальної симптоматики шкали PANSS у пацієнтів із параноїдною шизофренією показала, що більшість (79,17 %) хворих із музичним слухом (група ІА) мали незначні її прояви – дуже слабка (2 бали) і слабка (3 бали) вираженість ($p < 0,05$ з іншими балами).

У пацієнтів із ПШ без розвинутого музичного слуху переважна більшість (80,36 %) хворих мали значні прояви загальних симптомів – сильна (5 балів) та дуже сильна (6 балів) вираженість ($p < 0,05$ з іншими групами).

У пацієнтів із шизоафективним розладом розподіл балів загальної симптоматики PANSS показав, що переважна більшість (82,81 %) досліджуваних із музичним слухом мали незначні прояви хвороби – дуже слабка (2 бали) або слабка вираженість проявів (3 бали) ($p < 0,05$ з іншими балами). Тоді як у половини

(50,01 %, $p < 0,05$ із G3) пацієнтів із ШАР без музичного слуху загальні симптоми шкали PANSS мали значні прояви: 5 балів (сильна вираженість) – $34,38 \pm 8,40$ % та 6 балів (дуже сильна вираженість) – $15,63 \pm 6,42$ % пацієнтів.

Висновки до розділу 3:

1. Встановлено епідеміологічні значення рівнів муз слуху в популяціях, які становлять $66,25 \pm 5,29$ % у здорових осіб, $30,00 \pm 7,25$ % - у хворих на параноїдну шизофренію, $80,00 \pm 6,32$ % - у хворих на шизоафективний розлад.

2. Доведено наявність значно вищих середніх балів дефіцитарної симптоматики за шкалою NSA-16 та шкалою PANSS у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія, ніж у пацієнтів із ШАР ($p < 0,01$).

3. Найвищий рівень негативної симптоматики за шкалою NSA-16 був у пацієнтів із параноїдною шизофренією без музичного слуху, зокрема при негативних симптомах пов'язаних із мовленням (Бідне мовлення, Затримка відповіді, Обмежений обсяг мовлення, Нерозбірливе мовлення).

4. Значення всіх негативних критеріїв за шкалою PANSS були вищими у 1,61-2,58 рази ($p < 0,01$) у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із музичним слухом обох досліджуваних груп, із найбільшою різницею у пацієнтів із ПШ (у 2,14 рази) при критерії N1 «Притуплений афект», у пацієнтів із ШАР – при критерії N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» (у 2,58 рази).

5. Доведеним ($p < 0,01$) є вищий рівень балів негативної симптоматики за шкалою PANSS при ПШ у жінок із наявним музичним слухом та у жінок із ШАР без музичного слуху.

6. Афективні позитивні симптоми за шкалою PANSS P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» мали вищі рівні у пацієнтів із ШАР порівняно з пацієнтами з ПШ ($p < 0,01$). Ці ж симптоми мали вищий рівень у 1,21-1,55 рази у осіб із розвиненим музичним слухом у обох групах (ПШ та ШАР).

7. Показано однаково в обох групах ПШ та ШАР вищий рівень загальних дефіцитарних симптомів за шкалою PANSS у пацієнтів без музичного слуху (в 1,50-2,89 рази, $p < 0,01$).

8. Доведено значно вищий рівень загальних симптомів за шкалою PANSS у жінок, ніж у чоловіків у обох групах хворих на ПШ та ШАР.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях автора:

1. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом: методика визначення та результати // Вісник наукових досліджень. 2018. № 3. С. 76-79. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9224>

2. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівень та якісний склад позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом залежно від психоакустичних здібностей // Архів психіатрії. 2018. № 3. С. 142-145.

3. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівні музичного слуху в пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом / Н. В. Костюченко, О. О. Фільц // Збірник праць СФУЛТ, вересень 2018 р. – С. 620.

РОЗДІЛ 4

ВЗАЄМОЗАЛЕЖНІСТЬ МУЗИЧНОГО СЛУХУ ТА РОЗВИТКУ

ДЕФІЦИТАРНОЇ СИМПТОМАТИКИ ЗА ШКАЛАМИ NSA-16 ТА PANSS

У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ПЕРЕНЕСЕНИМ

ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ З СИМПТОМАМИ

ШИЗОФРЕНІЇ

4.1 Аналіз результатів дослідження впливу фактору наявності / відсутності музичного слуху на дефіцитарну симптоматику за шкалою NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією

Згідно результатів нашого дослідження можна засвідчити, що у пацієнтів із розвинутим музичним слухом (група 1) дефіцитарна симптоматика у формі падіння психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії зі збідненням афективних та вольових процесів) значно нижча, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху (група 2) (табл. 4.1).

Таблиця 4.1 - Порівняльне оцінювання негативних симптомів в пацієнтів з діагнозом параноїдна шизофренія з розвинутим музичним слухом та без музичного слуху ($M \pm m$)

Ключові пункти оцінювання негативних симптомів (NSA-16)	Пацієнти з музичним слухом (група 1)	Пацієнти без музичного слуху (група 2)
1	2	3
1. Затримка відповіді	1,90±0,14	4,10±0,19*
2. Обмежений обсяг мовлення	2,05±0,15	4,05±0,18*
3. Бідне мовлення	2,15±0,17	4,05±0,18*
4. Нерозбірливе мовлення	2,00±0,18	3,80±0,22*
5. Знижена емоційність	2,40±0,15	4,65±0,20*
6. Малозмінна інтенсивність ем. реакцій	2,55±0,18	5,20±0,14*
7. Слабкий вияв емоцій на вимогу	2,35±0,18	5,30±0,11*

Закінчення табл. 4.1

1	2	3
8. Слабкий соціальний потяг	2,15±0,21	5,40±0,11*
9. Слабке порозуміння з опитувачем	2,15±0,18	5,45±0,11*
10. Статевий потяг	3,65±0,26	6,30±0,15*
11. Поганий догляд за зовнішн. та гігієна	2,15±0,17	4,55±0,14*
12. Обмежена цілеспрямованість	2,40±0,21	4,55±0,14*
13. Обмежені захоплення та інтереси	2,15±0,20	4,45±0,15*
14. Низька повсякденна активність	2,25±0,16	4,20±0,12*
15. Обмежена жестикуляція	1,95±0,17	3,50±0,15*
16. Сповільнені рухи	2,00 ±0,16	3,50±0,15*
Загальна оцінка негативних симптомів	2,27±0,14	4,57±0,11*
Примітка. * - існує достовірна ($p<0,01$) різниця поміж показниками		

При порівнянні ключових показників шкали NSA-16 в групі пацієнтів з музичним слухом середні показники негативної симптоматики є значно нижчими, їх максимальний рівень не перевищує 3,65±0,26 (статевий потяг), решта 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 симптомів в групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими ($p<0,01$), мінімальні значення починаються від 3,5±0,15 (обмежена жестикуляція та сповільнені рухи) до максимальних 6,30±0,15 (статевий потяг), що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при параноїдній шизофренії.

Найбільш значною (у 2,5 рази) різниця у показниках була притаманною для негативних симптомів, які відповідають за контакт з оточенням: «Слабкого соціального потягу» та «Слабкого порозуміння з опитувачем» (рис. 4.1). Найменш вираженою (в 1,7 рази) – при «Статевому 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±0,14), ніж у

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

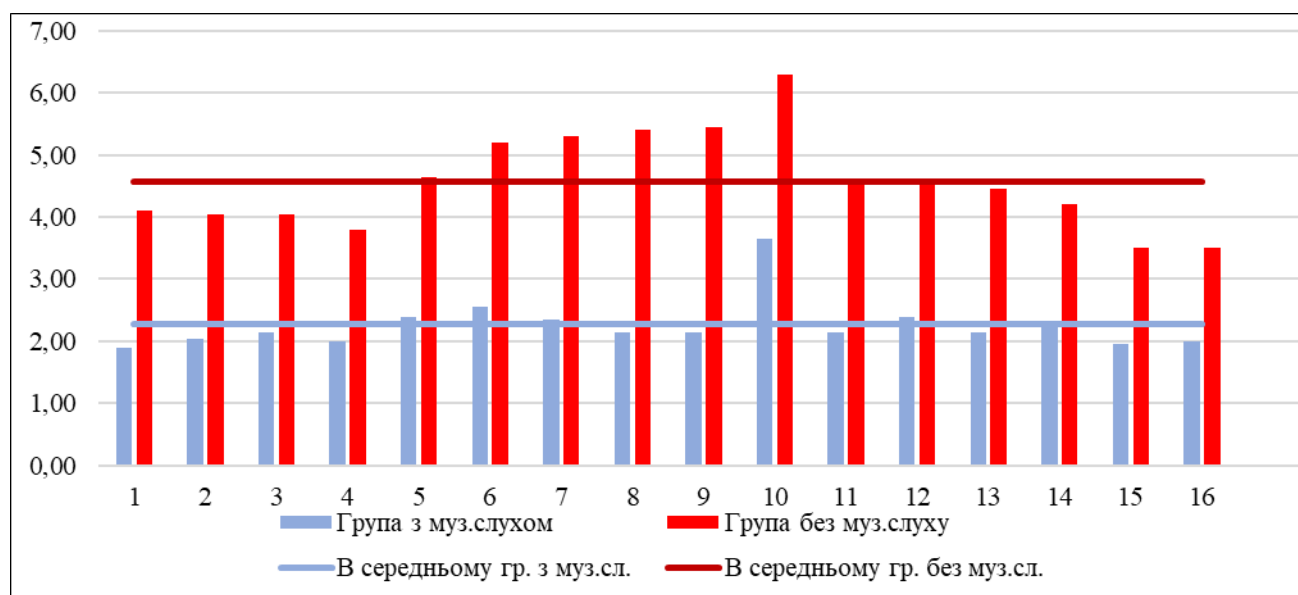


Рисунок 4.1 - Порівняльні характеристики субшкал NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією з музичним слухом та без музичного слуху

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 [50].

4.2 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку негативної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп

Аналіз результатів дослідження показує, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики негативних симптомів за підшкалою є у 2,2 рази нижчим ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху: $2,04 \pm 0,14$ проти $4,46 \pm 0,17$ бали відповідно (рис. 4.2, табл. 4.2). Так, у пацієнтів групи I (із розвинутим музичним слухом) середні бали негативних симптомів коливались у межах від 1 балу до 2,57 балів, що відповідає дуже слабкій вираженості симптомів, тоді як у пацієнтів групи II (без музичного слуху) – від 3,57 балів до 5,53 бали (помірна-сильна вираженість).

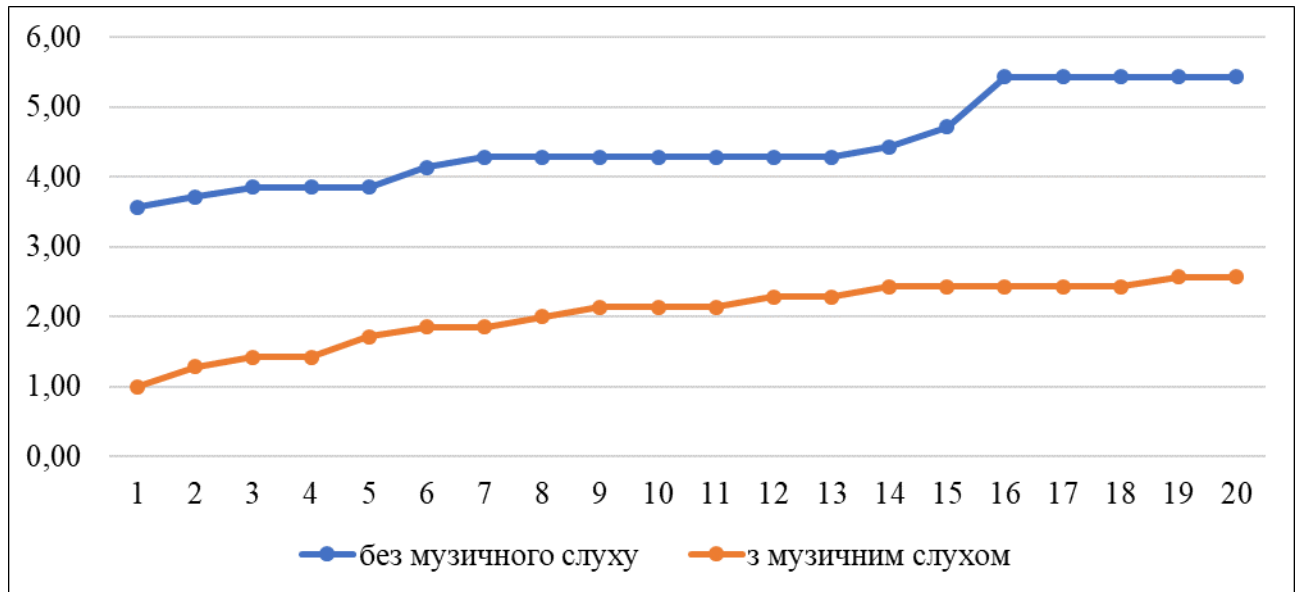


Рисунок 4.2 - Порівняльні характеристики середніх балів підшкали PANSS-NS у пацієнтів із ПШ з музичним слухом (n=20) та без музичного слуху (n=20)

Таблиця 4.2 - Порівняльне оцінювання негативних симптомів за підшкалою PANSS-NS у хворих на параноїдну шизофренію із розвинутим музичним слухом (група 1) та без музичного слуху (група 2) (M±m, бали)

№ негат. симп.	Негативна симптоматика	Група 1	Група 2
N1	Притуплений афект	1,75±0,10	4,10±0,19*
N2	Емоційна відгородженість	1,85±0,13	4,05±0,18*
N3	Труднощі в спілкуванні: малоконтактність, некоммунікбельність	1,95±0,15	4,10±0,18*
N4	Пасивно-апатична соціальна відгородженість	1,90±0,18	3,80±0,21*
N5	Порушення абстрактного мислення	2,35±0,15	4,65±0,20*
N6	Порушення спонтанності і плавності в бесіді	2,30±0,15	5,20±0,14*
N7	Стереотипне мислення	2,20±0,16	5,30±0,11*
У середньому		2,04±0,14	4,46±0,17
Примітка. * - наявність достовірної (p < 0,01) різниці поміж показниками			

При порівнянні ключових показників підшкали PANSS-NS у хворих на параноїдну шизофренію із розвинутим музичним слухом встановлено, що переважали прояви «Порушення абстрактного мислення» (N5 - $2,35 \pm 0,15$ балів), «Порушення спонтанності і плавності в бесіді» (N6 - $2,30 \pm 0,15$ бали) та «Стереотипне мислення» (N7 - $2,20 \pm 0,16$ бали). Всі ці негативні симптоми були у пацієнтів із музичним слухом від відсутності вираженості (1 бал) до слабкої вираженості (3 бали).

У хворих на параноїдну шизофренію групи 2 найвищу ступінь вираженості мали ті ж негативні симптоми підшкали PANSS-NS що і у групі I, проте у дещо іншому порядку: на першому місці - «Стереотипне мислення» (N7 - $5,30 \pm 0,11$ бали), на другому - «Порушення спонтанності і плавності в бесіді» (N6 - $5,20 \pm 0,14$ бали) та на третьому - «Порушення абстрактного мислення» (N5 - $4,65 \pm 0,20$ балів). Ступінь вираженості цих негативних симптомів був у межах від помірної (4 бали) до дуже сильної вираженості (6 балів) при N5 і N6, та від сильної (5 балів) до дуже сильної вираженості (6 балів) при N7. Мінімальні середні бали негативної симптоматики у пацієнтів групи 1 були присутні при оцінці «Притупленого афекту» (N1 - $1,75 \pm 0,10$ бали, від 1 до 2 балів), у пацієнтів групи 2 – при оцінці «Пасивно-апатичної соціальної відгородженості» (N4 - $3,80 \pm 0,21$ бали, від 2 до 5 балів).

Оцінка порівняння розвитку негативної симптоматики із віком показала більшу вираженість їх у старшому віці у пацієнтів групи I порівняно із пацієнтами групи 2, в яких негативна симптоматика мала більшу ступінь вираженості у молодшому віці (табл. 4.3).

Таблиця 4.3 – Дані змін вираженості негативної симптоматики із віком у пацієнтів досліджуваних груп (M±m, бали)

№	18-25 років		26-30 років		31-35 років	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
N1	1,75±0,25	4,64±0,20	1,56±0,18	3,50±0,50*	2,00±0,00 [#]	3,43±0,20*
N2	1,75±0,25	4,55±0,21	1,67±0,24	4,00±0,00*	2,14±0,14	3,29±0,18* [#]
N3	1,75±0,25	4,55±0,21	1,78±0,28	4,00±0,00*	2,29±0,18	3,43±0,20* [#]
N4	1,50±0,29	4,36±0,20	1,89±0,26	4,00±0,00	2,14±0,34	3,00±0,31* [#]
N5	2,00±0,00	5,00±0,30	2,11±0,26	4,00±0,00*	2,86±0,14* [#]	4,29±0,18*
N6	2,00±0,41	5,45±0,16	2,22±0,22	5,00±0,00*	2,57±0,20	4,86±0,26
N7	1,75±0,48	5,45±0,16	2,11±0,20	5,00±0,00*	2,57±0,20	5,14±0,14
Сер	1,79±0,07	4,86±0,17	1,90±0,10	4,21±0,21*	2,37±0,12* [#]	3,92±0,32*
Примітка 1. * - наявність достовірної (p<0,01) різниці із показниками у віці 18-25 років відповідної групи.						
Примітка 2. [#] - наявність достовірної (p<0,01) різниці поміж показниками у віці 26-30 та 31-35 років.						

Аналіз результатів вивчення кореляційної взаємозалежності розвитку дефіцитарних симптомів підшкали PANSS-NS від віку підтвердив отримані результати (табл. 4.4). Лише кореляційний зв'язок вираженості таких двох негативних симптомів як N2 «Емоційна відгородженість» та N3 «Труднощі в спілкуванні» із віком був наявний у обох групах досліджуваних, проте з протилежними напрямками: у групі 1 – прямий середньої сили ($r(N2) = +0,46$ та $r(N3) = +0,44$, $p < 0,05$), у групі 2 - зворотній сильний та середньої сили ($r(N2) = -0,73$ та $r(N3) = -0,67$, $p < 0,05$).

Таблиця 4.4 – Дані кореляційної взаємозалежності (r) вираженості негативної симптоматики від віку у пацієнтів досліджуваних груп

Групи	Зв'язок вираженості негативних симптомів із віком						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
	Пригуплений афект	Емоційна відгородженість	Труднощі в спілкуванні	Пасивно-апатична соціальна відгородженість	Порушення абстрактного мислення	Порушення спонтанності і плавності в бесіді	Стереотипне мислення
Група 1	0,34	0,46*	0,44*	0,37	0,54*	0,35	0,45*
Група 2	-0,64*	-0,73*	-0,67*	-0,71*	-0,32	-0,43*	-0,33
Примітка. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами та віком.							

Наведені дані потребує дослідження зв'язку ступеню негативної симптоматики залежно від віку пацієнтів, у яких зафіксовано дебют хвороби, який у середньому в групі 1 був у $27,60 \pm 1,10$ років, у групі 2 – у $24,75 \pm 0,85$ років, $p < 0,05$.

У результаті аналізу встановлено доведену залежність вираженості негативної симптоматики від віку дебюту перших психічних ознак від у обох групах (табл. 4.5).

Таблиця 4.5 – Дані кореляційної взаємозалежності (r) вираженості негативної симптоматики та дебюту психічних порушень у пацієнтів досліджуваних груп

Групи	Зв'язок вираженості негативних симптомів із дебютом						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
	Пригуплений афект	Емоційна відгородженість	Труднощі в спілкуванні	Пасивно-апатична соціальна відгородженість	Порушення абстрактного мислення	Порушення спонтанності і плавності в бесіді	Стереотипне мислення
Група 1	0,39	0,45*	0,45*	0,36	0,40	0,20	0,50*
Група 2	-0,63*	-0,64*	-0,63*	-0,64*	-0,22	-0,36	-0,31
Примітка. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами та терміну дебюту психічних порушень.							

Проте, якщо у групі пацієнтів із розвинутим музичним слухом такий зв'язок був прямим, тобто дебют перших симптомів проявлявся у більш старшому віці, то у групі пацієнтів без музичного слуху – навпаки, зворотнім: дебют перших психічних ознак був пов'язаний із молодшим віком.

У групі 1 прямий середньої сили зв'язок часу дебюту психічних розладів був доведений ($p < 0,05$) із негативними симптомами N2 «Емоційна відгородженість» ($r = +0,45$), N3 «Труднощі в спілкуванні» ($r = +0,45$) та N7 «Стереотипне мислення» ($r = +0,50$).

У групі 2 був доведеним ($p < 0,05$) зворотній середньої сили зв'язок дебюту із ступенем вираженості негативних симптомів N1 «Притуплений афект» ($r = -0,63$), N2 «Емоційна відгородженість» ($r = -0,64$), N3 «Труднощі в спілкуванні» ($r = -0,63$) та N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» ($r = -0,64$), при інших симптомах зв'язок не був доведеним.

Важливим також було дослідити залежність темпу зростання вираженості негативної симптоматики та тривалості захворювання у обох групах спостереження. Середня тривалість патології у групі 1 – $8,05 \pm 0,84$ роки, у групі 2 – $7,65 \pm 1,02$ роки. У обох групах спостереження було доведено пряму залежність темпу зростання вираженості негативної симптоматики від тривалості захворювання на параноїдну шизофренію: у групі 1 - r від $+0,48$ (N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість») до $+0,78$ (N5 «Порушення абстрактного мислення»), $p < 0,05$, у групі 2 – r від $+0,43$ (N5) до $+0,79$ (N2 «Емоційна відгородженість»), $p < 0,05$. Проте, порівнюючи середні бали негативної симптоматики у пацієнтів досліджуваних груп, було встановлено залежність впливу музичного слуху на тривалість захворювання (табл. 4.6).

Таблиця 4.6 – Середні бали темпу зростання вираженості негативних симптомів залежно від стажу захворювання у досліджуваних групах (M±m)

№ негат. симп.	Середні бали симптомів при тривалості захворювання					
	1-5 років		6-10 років		11-15 років	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
N1	1,00±0,00	3,50±0,19	1,92±0,08*	4,00±0,32	2,00±0,00	4,86±0,26*#
N2	1,00±0,00	3,38±0,18	2,08±0,15*	4,00±0,00*	2,00±0,00	4,86±0,26*#
N3	1,00±0,00	3,50±0,19	2,17±0,17*	4,00±0,00*	2,25±0,25*	4,86±0,26*#
N4	1,25±0,25	3,13±0,30	1,83±0,21	3,80±0,20	2,75±0,25*#	4,71±0,18*#
N5	1,50±0,29	4,25±0,16	2,42±0,15*	4,60±0,40	3,00±0,00*	5,14±0,40*
N6	1,75±0,25	4,88±0,23	2,33±0,19	5,20±0,20	2,75±0,25*	5,57±0,20*
N7	1,50±0,29	5,13±0,13	2,25±0,18*	5,00±0,00	2,75±0,25*	5,71±0,18*#
Сер	1,29±0,10	3,96±0,10	2,14±0,07*	4,37±0,10*	2,50±0,04*#	5,10±0,21*#
Примітка 1. * - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.						
Примітка 2. # - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці поміж показниками тривалості захворювання 6-10 та 11-15 років.						

Так, у пацієнтів із вираженим музичним слухом (група 1) навіть при тривалості захворювання більше 10 років середні бали негативних симптомів були нижчими, ніж у пацієнтів без музичного слуху при тривалості захворювання до 5 років ($2,50\pm 0,04$ проти $3,96\pm 0,10$, $p<0,01$ відповідно). Тобто темп зростання вираженості негативних симптомів у пацієнтів без вираженого слуху був у 1,58 рази вищим, ніж у пацієнтів із наявним музичним слухом.

Наступним кроком дослідження темпу зростання вираженості негативних симптомів стало дослідження взаємозв'язку ступеню вираженості негативних симптомів від кількості приступів психічних розладів у обох групах. У середньому, за весь час свого захворювання пацієнти групи 1 мали $7,45\pm 0,72$ приступи, пацієнти групи 2 – $8,60\pm 0,86$ приступів. Доведено, що у пацієнтів із музичним слухом, які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10) середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики є нижчим, ніж у пацієнтів

без музичного слуху при перших приступах (до 5 приступів) – $3,98 \pm 0,31$ бали проти $2,49 \pm 0,16$ бали, $p < 0,01$ відповідно (табл. 4.7).

Таблиця 4.7 - Середні бали вираженості негативних симптомів залежно від кількості приступів психічних розладів у досліджуваних групах ($M \pm m$, бали)

№ негат. симп.	Середні бали симптомів при частоті приступів					
	1-5 рази		6-10 разів		11-15 разів	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	2
1	2	3	4	5	6	7
N1	$1,60 \pm 0,24$	$3,43 \pm 0,20$	$1,80 \pm 0,13$	$4,14 \pm 0,26^*$	$1,80 \pm 0,20$	$4,83 \pm 0,31^*$
N2	$1,80 \pm 0,37$	$3,43 \pm 0,20$	$1,70 \pm 0,15$	$4,00 \pm 0,22$	$2,20 \pm 0,20$	$4,83 \pm 0,31^{*#}$
N3	$1,80 \pm 0,37$	$3,43 \pm 0,20$	$1,80 \pm 0,20$	$4,14 \pm 0,14^*$	$2,40 \pm 0,24$	$4,83 \pm 0,31^{*#}$
N4	$1,80 \pm 0,37$	$3,14 \pm 0,34$	$1,70 \pm 0,26$	$3,86 \pm 0,26$	$2,40 \pm 0,24$	$4,67 \pm 0,21^{*#}$
N5	$2,00 \pm 0,32$	$4,29 \pm 0,18$	$2,20 \pm 0,20$	$4,71 \pm 0,36$	$3,00 \pm 0,00^{*#}$	$5,00 \pm 0,45$
N6	$2,00 \pm 0,32$	$5,00 \pm 0,22$	$2,10 \pm 0,18$	$5,14 \pm 0,26$	$3,00 \pm 0,00^{*#}$	$5,50 \pm 0,22$
N7	$2,00 \pm 0,45$	$5,14 \pm 0,14$	$2,10 \pm 0,18$	$5,14 \pm 0,14$	$2,60 \pm 0,24$	$5,67 \pm 0,21^{*#}$
У сер	$1,86 \pm 0,06$	$3,98 \pm 0,31$	$1,91 \pm 0,08$	$4,45 \pm 0,21$	$2,49 \pm 0,16^{*#}$	$5,05 \pm 0,14^{*#}$
Примітка 1. * - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.						
Примітка 2. # - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками частоті приступів захворювання 6-10 та 11-15 разів.						

Аналіз розподілу балів негативних симптомів підшкали PANSS-NS у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія групи 1 показав, що найчастіше стан пацієнта із музичним слухом оцінювався у 2 бали - $54,29 \pm 4,21$ % обстежених ($p < 0,05$ порівняно з часткою пацієнтів із 1 балом) (табл. 4.8).

Таблиця 4.8 – Структура розподілу балів негативних симптомів у пацієнтів групи 1 ($P \pm m_p$, %)

№ негат. симп.	Кількість пацієнтів із оцінкою негативних симптомів у:					
	1 бал		2 бали		3 бали	
	абс. дані	$P \pm m_p$, %	абс. дані	$P \pm m_p$, %	абс. дані	$P \pm m_p$, %
1	2	3	4	5	6	7
N1	5	25,00±9,68	15	75,00±9,68*	0	0,00*#
N2	5	25,00±9,68	13	65,00±10,67*	2	10,00±6,71#
N3	5	25,00±9,68	11	55,00±11,12*	4	20,00±8,94#
N4	7	35,00±10,67	8	40,00±10,95	5	25,00±9,68
N5	2	10,00±6,71	9	45,00±11,12*	9	45,00±11,12*
N6	2	10,00±6,71	10	50,00±11,18*	8	40,00±10,95
N7	3	15,00±7,98	10	50,00±11,18*	7	35,00±10,67#
Разом	29	20,71±3,43	76	54,29±4,21*	35	25,00±3,66#
Примітка 1. * - наявна ($p < 0,05$) різниця з часткою оцінок «1 бал».						
Примітка 2. # - наявна ($p < 0,05$) різниця з часткою оцінок «2 бали».						

Стан кожного четвертого пацієнта (25,00±3,66 %, $p < 0,05$ із ступенем вираженості 2 бали) відповідав слабкій вираженості (3 бали), а у кожного п'ятого (20,71±3,43 %) виразність негативних симптомів була відсутня (1 бал). Відсутність виразності (1 бал) найчастіше була притаманна для N4 «Пасивно-апатичної соціальної відгородженості» - 35,00±10,67 % пацієнтів, дуже слабка вираженість (2 бали) – для N1 «Притупленого афекту» - 75,00±9,68 % пацієнтів ($p < 0,05$ із часткою негативних симптомів 1 та 3 бали), слабка вираженість (3 бали) – для N5 «Порушення абстрактного мислення» - 45,00±11,12 % пацієнтів ($p < 0,05$ із часткою негативних симптомів 1 бал).

При проведенні розгляду розподілу балів негативних симптомів підшкали PANSS-NS у хворих на параноїдну шизофренію групи 2 встановлено, що у понад

70 % випадків стан пацієнта без музичного слуху був оцінений як помірно виражений (4 бали) та сильно виражений (5 балів) - $37,86 \pm 4,10$ % та $33,57 \pm 3,99$ % обстежених відповідно ($p < 0,05$ порівняно з часткою пацієнтів із станом, оціненим у 6 балів) (табл. 4.9).

Таблиця 4.9 – Структура розподілу балів негативних симптомів у пацієнтів групи 2 ($P \pm m_p$, %)

№ негат. симп.	$P \pm m_p$	Кількість пацієнтів із оцінкою негативних симптомів у:				
		2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	6 балів
1	2	3	4	5	6	7
N1	абс.	0	5	9	5	1
	%	0	$25,00 \pm 9,68$	$45,00 \pm 11,12^*$	$25,00 \pm 9,68$	$5,00 \pm 4,87$
N2	абс.	0	5	10	4	1
	%	0	$25,00 \pm 9,68$	$50,00 \pm 11,18^*$	$20,00 \pm 8,94$	$5,00 \pm 4,87$
N3	абс.	0	4	11	4	1
	%	0	$20,00 \pm 8,94$	$55,00 \pm 11,12^*$	$20,00 \pm 8,94$	$5,00 \pm 4,87$
N4	абс.	2	4	9	5	0
	%	$10,00 \pm 6,71$	$20,00 \pm 8,94^*$	$45,00 \pm 11,12^*$	$25,00 \pm 9,68^*$	0,00
N5	абс.	0	0	12	3	5
	%	0	0	$60,00 \pm 10,95^*$	$15,00 \pm 7,98$	$25,00 \pm 9,68$
N6	абс.	0	0	2	12	6
	%	0	0	$10,00 \pm 6,71$	$60,00 \pm 10,95^*$	$30,00 \pm 10,25$
N7	абс.	0	0	0	14	6
	%	0	0	0	$70,00 \pm 10,25^*$	$30,00 \pm 10,25$
Σ	абс.	2	18	53	47	20
	%	$1,43 \pm 1,00$	$12,86 \pm 2,83$	$37,86 \pm 4,10^*$	$33,57 \pm 3,99^*$	$14,29 \pm 2,96$

Примітка. * - наявна ($p < 0,05$) різниця з часткою оцінок «6 балів».

Стан кожного сьомого пацієнта ($14,29 \pm 2,96$ %) відповідав дуже сильній вираженості (6 балів), кожного восьмого ($12,86 \pm 2,83$ %) – слабкій вираженості (3 бали). Лише у двох пацієнтів ($1,43 \pm 1,00$ %) виразність негативних симптомів була

дуже слабою (2 бали при N4 - пасивно-апатичній соціальній відгородженості).

Слабка вираженість (3 бали) негативних симптомів практично у однаковій мірі зустрічалась при N1 «Притуплений афект», N2 «Емоційна відгородженість», N3 «Труднощі в спілкуванні», N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» – від $20,00 \pm 8,94$ % до $25,00 \pm 9,68$ % пацієнтів без музичного слуху. Помірна вираженість (4 бали) була характерна при N5 «Порушення абстрактного мислення» - $60,00 \pm 10,95$ % пацієнтів ($p < 0,05$ із часткою негативних симптомів 6 балів). При цьому, дана ступінь вираженості ознак характеризувалась тим, що хворі часто вдавались до конкретного способу мислення, відчували труднощі при інтерпретації деяких абстрактних понять, виділенні найбільш характерної ознаки явища чи предмета.

Найбільша частка ($70,00 \pm 10,25$ %, $p < 0,05$ із часткою негативних симптомів 6 балів) хворих на параноїдну шизофренію без музичного слуху мала сильну вираженість (5 балів) ригідності і стереотипності мислення (N7), яка проявлялась в тому, що незважаючи на протидію лікаря, бесіда обмежувалась лише двома чи трьома переважаючими темами.

Крайній ступінь вираженості (6 балів) був в однаковій мірі ($30,00 \pm 10,25$ %) притаманний при негативних симптомах N6 «Порушення спонтанності і плавності мови» та N7 «Стереотипне мислення» що проявлялось змінами у стереотипному мисленні та порушенні спонтанності і плавності в бесіді: в мисленні, поведінці та розмові хворого домінували постійно повторювані ідеї або окремі фрази, відповіді хворого зводились до декількох слів або коротких фраз, спрямованих на припинення бесіди (наприклад: "Я не знаю", "Я не можу говорити про це"), що призводило до неадекватності і різкого обмеження контакту з лікарем.

Оцінюючи наявність кореляційного зв'язку за методом Пірсона (r) поміж різними негативними симптомами у досліджуваній групі пацієнтів із розвинутим музичним слухом, встановлено, що лише значення вираженості N4 «Пасивно-апатичної соціальної відгородженості» не залежало ($p > 0,05$) від на ступеню вираженості інших балів негативної симптоматики (табл. 4.10).

Таблиця 4.10 – Взаємозалежність ступеню вираженості негативної симптоматики у пацієнтів із розвинутим музичним слухом (r)

№ негат. симп.	N1	N2	N3	N4	N5	N6
	Притулений афект	Емоційна відгородженість	Труднощі в спілкуванні	апатична соціальна відгородженість	Порушення абстрактного мислення	спонтанності і плавності в
N2	0,66*	-	-	-	-	-
N3	0,47*	0,63*	-	-	-	-
N4	0,38	0,31	0,18	-	-	-
N5	0,49*	0,54*	0,73*	0,37	-	-
N6	0,27	0,40	0,50*	0,06	0,70*	-
N7	0,34	0,33	0,46*	0,13	0,52*	0,67*

Примітка. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами.

У той же час, рівень вираженості таких негативних симптомів як N3 «Труднощі в спілкуванні», N5 «Порушення (труднощі) абстрактного мислення» є взаємозв'язаним із рештою негативних симптомів (r (N3) від +0,46 до +0,73; r (N5) від +0,49 до +0,73, $p < 0,05$). Ступінь вираженості інших негативних симптомів (N1, N2, N6, N7) залежав лише від вищенаведених симптомів N3 та N5 або вони були взаємозв'язані парно між собою: N1 із N2 – середньої сили прямий кореляційний зв'язок ($r = +0,66$, $p < 0,05$), N6 із N7 - середньої сили прямий кореляційний зв'язок ($r = +0,67$, $p < 0,05$).

У групі пацієнтів із параноїдною шизофренією без розвинутого музичного слуху зв'язок поміж негативними симптомами підшкали PANSS-NS був виражений більш інтенсивно (табл. 4.11).

Таблиця 4.11 – Взаємозалежність ступеню вираженості негативної симптоматики у пацієнтів без розвинутого музичного слуху (r)

№ негат. симп.	N1	N2	N3	N4	N5	N6
	Притуплений афект	Емоційна відгородженість	Труднощі в спілкуванні	апатична соціальна	Порушення абстрактного мислення	спонтанності і плавності в
N2	0,89*	-	-	-	-	-
N3	0,92*	0,96*	-	-	-	-
N4	0,75*	0,90*	0,88*	-	-	-
N5	0,47*	0,39	0,36	0,32	-	-
N6	0,46*	0,50*	0,39	0,33	0,72*	-
N7	0,58*	0,64*	0,63*	0,47*	0,52*	0,69*

Примітка. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами.

Так, ступінь вираженості симптомів N1 «Притуплений афект» та N7 «Стереотипне мислення» мав доведений ($p < 0,05$) прямий кореляційний зв'язок із інтенсивністю всіх негативних симптомів: r (N1) від +0,46 до +0,92; r (N7) від +0,47 до +0,69. Тоді як ступінь вираженості негативного симптому N5 «Порушення абстрактного мислення» мала доведений вплив, окрім наведених симптомів, лише на N6 «Порушення спонтанності і плавності мови» ($r = +0,72$, $p < 0,05$), а N6 – на N2 «Емоційну відгородженість» ($r = +0,50$, $p < 0,05$).

При решті негативних симптомів (N2, N3, N4), які мали місце у пацієнтів без музичного слуху, існував доведений прямий взаємозв'язок між ступенем їх вираженості лише поміж собою.

Таким чином, можна припустити, що нами встановлено так звані «центрально» негативні симптоми N1 «Притуплений афект» та N7 «Стереотипне мислення», рівень яких напряду залежить від рівня інших негативних симптомів у пацієнтів із параноїдною шизофренією, причому особливо це виражено у

пацієнтів без музичного слуху [44].

4.3 Аналіз результатів дослідження кореляційного взаємозв'язку між інтенсивністю проявів дефіцитарної негативної симптоматики параноїдної шизофренії за шкалою PANSS та шкалою NSA-16 у пацієнтів з ПШ досліджуваних груп

Проводячи оцінку залежності вираженості негативних симптомів параноїдної шизофренії за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із музичним слухом (табл. 4.12),

Таблиця 4.12 – Дані кореляційної залежності (r) вираженості негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які мають розвинутий музичний слух (група 1)

№ симп. шкали NSA-16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	0,83*	0,38	0,23	0,40	0,45*	0,20	0,28
2	0,73*	0,67*	0,34	0,50*	0,53*	0,32	0,31
3	0,60*	0,42*	0,74*	0,39	0,73*	0,44*	0,45*
4	0,45*	0,34	0,19	0,84*	0,49*	0,20	0,10
5	0,52*	0,42*	0,61*	0,47*	0,95*	0,66*	0,49*
6	0,39	0,29	0,33	0,25	0,68*	0,75*	0,71*
7	0,40	0,23	0,32	0,06	0,54*	0,68*	0,80*
8	0,35	0,14	0,18	0,31	0,50*	0,35	0,44*
9	0,26	0,05	0,11	0,19	0,38	0,40	0,32
10	0,33	0,30	0,24	-0,04	0,49*	0,48*	0,41*
11	0,28	-0,19	-0,09	0,12	0,21	0,12	0,24
12	0,25	0,11	0,11	0,13	0,18	0,31	0,43*
13	0,24	0,05	-0,07	0,10	0,17	0,10	0,21

Закінчення табл.4.12

№ симп. шкали NSA-16	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
14	0,21	0,09	0,35	-0,05	0,36	0,28	0,42*
15	0,12	-0,02	-0,01	0,08	0,24	0,14	0,32
16	0,16	0,00	0,11	0,18	0,32	0,22	0,16
Примітка. * - наявність доведеного ($p<0,05$) кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.							

встановлено, що ступінь вираженості «Зниженої емоційності» (5) прямопропорційно впливає на інтенсивність всіх негативних симптомів шкали PANSS (r від +0,42 до +0,95, $p<0,05$). А саме, при відсутності емоційного діапазону або лише при незначному вираженні емоцій у пацієнта, він має відповідно бідну міміку, жестикуляція збіднена (N1), зменшення розмовного спілкування з людьми і зневага власним потребам (N2), тримає себе на відстані від співрозмовника, уникає дивитися йому в очі і не витримує відповідного погляду (N3), більшу частину часу він апатичний, прагне до самоізоляції, дуже рідко проявляє якусь соціальну активність (N4), зберігає тільки конкретне мислення, повністю відсутнє розуміння прислів'їв або простих понять (N5), бесіда з ним сильно утруднена і непродуктивна (N6), він неконтрольовано повторює вимоги, заяви, окремі думки або питання, що значно ускладнює бесіду (N7).

Ступінь прояву симптому шкали NSA-16 «Бідне мовлення» (3) має доведену ($p<0,05$) взаємозалежність із практично всіма (шість із семи) рівнями негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів із музичним слухом (крім N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість»).

Не було доведено взаємозалежності рівня жодних негативних симптомів шкали PANSS у пацієнтів із музичним слухом із такими симптомами шкали NSA-16: «Слабке порозуміння з опитувачем» (9), «Поганий догляд за зовнішністю та

гігієна» (11), «Обмеження захоплень та інтересів» (13), «Обмежена жестикуляція» (15), «Сповільнені рухи» (16); у пацієнтів без музичного слуху – лише «Низька повсякденна активність» (14).

Оцінка залежності вираженості негативних симптомів параноїдної шизофренії за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів без музичного слуху показала, що прямий вплив на ступінь вираженості всіх негативних симптомів шкали PANSS мають негативні симптоми шкали NSA «Затримка відповіді» (1) та «Слабкий вияв емоцій на вимогу» (7) (табл. 4.13).

Таблиця 4.13 – Дані кореляційної залежності (r) вираженості негативної симптоматики за шкалами PANSS та NSA-16 у пацієнтів із параноїдною шизофренією, які не мають музичного слуху (група 2)

№ симп. шкали NSA- 16	№ негативних симптомів шкали PANSS						
	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7
1	0,93*	0,96*	0,92*	0,81*	0,47*	0,56*	0,58*
2	0,89*	1,00*	0,96*	0,90*	0,39	0,50*	0,64*
3	0,89*	1,00*	0,96*	0,90*	0,39	0,50*	0,64*
4	0,76*	0,90*	0,89*	0,98*	0,28	0,32	0,47*
5	0,47*	0,39	0,36	0,32	1,00*	0,72*	0,52*
6	0,46*	0,50*	0,39	0,33	0,72*	1,00*	0,69*
7	0,58*	0,64*	0,63*	0,47*	0,52*	0,69*	1,00*
8	0,27	0,33	0,29	0,25	0,57*	0,75*	0,58*
9	-0,11	0,07	0,01	0,04	0,49*	0,54*	0,50*
10	0,41*	0,55*	0,45*	0,51*	0,56*	0,75*	0,37
11	0,60*	0,47*	0,54*	0,25	0,38	0,25	0,68*
12	0,60*	0,47*	0,54*	0,25	0,38	0,25	0,68*
13	0,73*	0,70*	0,69*	0,52*	0,54*	0,40	0,54*
14	0,31	0,22	0,20	0,06	0,16	0,03	-0,04
15	0,72*	0,60*	0,68*	0,45*	0,48*	0,25	0,65*
16	0,72*	0,60*	0,68*	0,45*	0,48*	0,25	0,72*

Примітка. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж негативними симптомами досліджуваних шкал.

Окрім цього, вираженість значної кількості негативних симптомів параноїдної шизофренії за шкалою NSA-16 мала доведену ($p < 0,05$) залежність із рівнем практично всіх (шести із семи) негативних симптомів шкали PANSS. До цих симптомів шкали NSA-16 належали «Обмежений обсяг мовлення» (2), «Бідне мовлення» (3), «Статевий потяг» (10), «Обмежені захоплення та інтереси» (13), «Обмежена жестикуляція» (15), «Сповільнені рухи» (16). Інтенсивність проявів решти негативних симптомів шкали NSA-16 була прямо співзвучна з 3-5-ма негативними симптомами шкали PANSS, окрім симптому «Низька повсякденна активність» (14), при якому не була доведена ($p > 0,05$) взаємозалежність проявів симптомів шкали NSA-16 із жодним із симптомів шкали PANSS.

Таким чином, можна підсумувати, що у пацієнтів без музичного слуху є доведеною наявна більша частота та сила кореляційних зв'язків між негативними симптомами обох шкал, ніж у пацієнтів із музичним слухом.

4.4 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку позитивної дефіцитарної симптоматики за шкалою PANSS-PS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп

У результаті проведеного дослідження встановлено, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом (група 1) рівень дефіцитарної симптоматики позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS є в 1,23 рази нижчим ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху ($3,34 \pm 0,14$ проти $4,12 \pm 0,17$ балів відповідно) (табл. 4.14).

Таблиця 4.14 - Порівняльне оцінювання позитивних симптомів за підшкалою PANSS-PS у хворих на параноїдну шизофренію із розвинутим музичним слухом (група 1) та без музичного слуху (група 2) ($M \pm m$, бали)

№ позит. симп.	Позитивна симптоматика	Група 1	Група 2
P1	Маячення	2,20±0,09	5,75±0,22*
P2	Розлади мислення	1,75±0,12	5,05±0,27*
P3	Галюцинації	3,95±0,17	3,40±0,17*
P4	Збудження	4,35±0,33	3,50±0,14*
P5	Ідеї величі	4,35±0,36	2,95±0,20*
P6	Настороженість, ідеї переслідування	3,40±0,32	4,20±0,21*
P7	Ворожість	3,40±0,37	4,00±0,23
	У середньому	3,34±0,14	4,12±0,17*
Примітка. * - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками.			

Найбільша різниця між середніми показниками груп була притаманна для симптомів P2 «Розлади мислення» - у 2,89 рази та P1 «Маячення» - у 2,61 рази ($p < 0,01$), середні бали яких мали вищі значення у групі пацієнтів без музичного слуху. Такі афективні симптоми як P3 «Галюцинації», P4 «Збудження» та «Ідеї величі» були більш виражені у пацієнтів із наявним музичним слухом ($p < 0,01$).

У пацієнтів із розвинутим музичним слухом (група 1) середні бали позитивних симптомів різнилися між собою майже у два рази та були у межах від 1,75 балів (Розлади мислення) до 4,35 балів (Збудження, Ідеї величі), що відповідає слабкій та помірній вираженості симптомів, тоді як у пацієнтів без музичного слуху (група 2) – від 2,95 балів (Ідеї величі) до 5,75 балів (Маячення) - помірна та дуже сильна вираженість.

Аналіз вивчення зміни розвитку дефіцитарних позитивних симптомів підшкали PANSS-PS за віком показав, що у досліджуваних групи 1 позитивні

симптоми були більш вираженими у старшому віці порівняно із пацієнтами групи 2, в яких позитивна дефіцитарна симптоматика мала більшу ступінь вираженості у молодшому віці (табл. 4.15).

Таблиця 4.15 – Дані змін вираженості позитивної симптоматики із віком у пацієнтів досліджуваних груп (M±m, бали)

№	18-25 років			26-30 років			31-35 років		
	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>
P1	2,00±0,00	5,82±0,30	<0,01	2,11±0,11	6,00±1,00	<0,01	2,43±0,20*	5,57±0,37	<0,01
P2	1,75±0,25	5,00±0,38	<0,01	1,56±0,18	5,50±1,50	<0,01	2,00±0,22	5,00±0,38	<0,01
P3	3,50±0,29	3,45±0,25	>0,01	4,11±0,26	4,00±0,00*	>0,01	4,00±0,31	3,14±0,26#	<0,01
P4	4,50±0,87	3,64±0,15	>0,01	4,11±0,56	3,50±0,50	>0,01	4,57±0,48	3,29±0,29	<0,01
P5	4,50±0,87	2,73±0,19	<0,01	4,11±0,61	3,50±1,50	>0,01	4,57±0,57	3,14±0,34	<0,01
P6	2,75±0,75	4,09±0,31	>0,01	3,78±0,52	5,00±0,00*	<0,01	3,29±0,47	4,14±0,34#	>0,01
P7	3,00±1,08	4,00±0,33	>0,01	3,78±0,60	4,50±0,50	>0,01	3,14±0,51	3,86±0,40	>0,01
Сер	3,14±0,41	4,10±0,39	>0,01	3,37±0,40	4,57±0,37	<0,01	3,43±0,38	4,02±0,36	>0,01

Примітка 1. * - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці із показниками у віці 18-25 років відповідної групи.
Примітка 2. # - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці поміж показниками у віці 26-30 та 31-35 років.
Примітка 3. *p* – показник похибки достовірності різниці показників груп I та II.

Зокрема: середній бал позитивної симптоматики у віці до 25 років у групі 1 становив 3,14±0,41 бали, а у віці 31-35 років - 3,43±0,38 бали, тоді як у групі 2 - 4,10±0,39 бали проти 4,02±0,36 бали відповідно.

Дослідження зв'язку вираженості позитивної симптоматики залежно від терміну дебюту психічних порушень показало доведену залежність часу проявів перших психічних ознак від вираженості позитивної симптоматики у обох групах (табл. 4.16).

Таблиця 4.16 – Дані кореляційної взаємозалежності (r) вираженості позитивної симптоматики та дебюту психічних порушень у пацієнтів досліджуваних груп

Групи	Зв'язок вираженості позитивних симптомів із дебютом						
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Група 1	0,33	0,41*	0,01	0,26	0,21	0,37*	0,39*
Група 2	-0,08	-0,23	-0,18	-0,17	-0,34*	0,03	-0,05

Примітка 1. * - наявність ($p < 0,05$) доведеного кореляційного зв'язку поміж позитивними симптомами та терміном дебюту психічних порушень.

Причому, у групі пацієнтів із музичним слухом вираженість перших симптомів проявлялась у старшому віці (прямий середньої сили зв'язок для симптомів P2, P6, P7), у групі пацієнтів без музичного слуху дебют психічних ознак був навпаки пов'язаний із молодшим віком (зворотній середньої сили зв'язок для симптому P5).

Аналіз залежності вираженості позитивної симптоматики від тривалості захворювання на параноїдну шизофренію у обох групах спостереження показав пряму залежність поміж цими показниками: у групі 1 - r від +0,29 (P3 та P6) до +0,39 (P2), $p > 0,05$, у групі 2 – r від +0,36 (P7) до +0,49 (P1), $p < 0,05$.

Порівняння середніх балів позитивної симптоматики у пацієнтів досліджуваних груп довело залежність впливу музичного слуху на тривалість захворювання (табл. 4.17).

Таблиця 4.17 – Середні бали вираженості позитивних симптомів залежно від стажу захворювання у досліджуваних групах ($M \pm m$, бали)

№	Середні бали симптомів при тривалості захворювання								
	1 – 5 років			6 – 10 років			11 – 15 років		
	Група 1	Група 2	p	Група 1	Група 2	p	Група 1	Група 2	p
P1	2,00±0,00	6,13±0,23	<0,01	2,25±0,13	6,20±0,37	<0,01	2,25±0,25	5,00±0,38*#	<0,01
P2	1,25±0,25	5,50±0,38	<0,01	1,83±0,17	5,80±0,49	<0,01	2,00±0,00*	4,00±0,22*#	<0,01
P3	3,75±0,48	3,13±0,23	>0,01	4,00±0,21	4,00±0,32*	>0,01	4,00±0,41	3,29±0,29	>0,01
P4	5,00±0,41	3,50±0,27	<0,01	3,92±0,47	3,80±0,20	>0,01	5,00±0,71	3,29±0,18	<0,01

Закінчення табл.4.17

№	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>
P5	5,25±0,25	3,38±0,38	<0,01	3,83±0,52*	2,80±0,37	>0,01	5,00±0,71	2,57±0,20	<0,01
P6	2,00±0,00	4,25±0,31	<0,01	3,92±0,42*	3,60±0,40	>0,01	3,25±0,63*	4,57±0,37	>0,01
P7	1,75±0,25	3,75±0,37	<0,01	4,08±0,47*	3,60±0,40	>0,01	3,00±0,71	4,57±0,37	>0,01
Сер	3,00±0,62	4,23±0,43	>0,01	3,40±0,36	4,26±0,47	>0,01	3,50±0,46	3,90±0,33	>0,01
Примітка 1. * - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.									
Примітка 2. # - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці між показниками тривалості захворювання 6-10 та 11-15 років.									
Примітка 3. <i>p</i> – показник похибки достовірності різниці показників груп I та II.									

Зокрема, у пацієнтів із вираженим музичним слухом (група 1) навіть при тривалості захворювання більше 10 років середні бали позитивних симптомів були нижчими, ніж у пацієнтів без музичного слуху (група 2) при тривалості захворювання до 5 років: 3,50±0,46 бали проти 4,23±0,43, $p<0,01$ відповідно, що співпадає із динамікою розвитку негативної симптоматики (табл. 3.3). Проте, були кілька позитивних симптомів, які у групі 1 мали більшу вираженість, ніж у групі 2 протягом різних періодів тривалості захворювання: P3 «Галюцинації» ($p>0,01$), P4 «Збудження» ($p<0,01$), P5 «Ідеї величі» ($p<0,01$).

У групі 1 для показників позитивних симптомів P2, P6, P7 та у групі 2 – для P3, є доведеним ($p<0,01$) зростання ступеню їх вираженості із збільшенням тривалості захворювання на параноїдну шизофренію.

Дослідження взаємозв'язку ступеню вираженості позитивних симптомів від кількості приступів психічних розладів у обох групах показало, що у пацієнтів із музичним слухом, навіть які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10), середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики є в 1,16 рази нижчим (3,74±0,50 бали), ніж у пацієнтів без музичного слуху при перших приступах (4,33±0,43 бали) (табл. 4.18).

Таблиця 4.18 - Середні бали вираженості позитивних симптомів залежно від кількості приступів психічних розладів у досліджуваних групах (M±m, бали)

№	Середні бали симптомів при частоті приступів								
	1-5 рази			6-10 разів			11-15 разів		
	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>	Група 1	Група 2	<i>p</i>
P1	2,20±0,20	6,29±0,29	<0,01	2,10±0,10	6,00±0,22	<0,01	2,40±0,24	4,83±0,40*#	<0,01
P2	1,80±0,37	5,43±0,43	<0,01	1,70±0,15	5,57±0,43	<0,01	1,80±0,20	4,00±0,26*#	<0,01
P3	3,40±0,40	3,14±0,26	>0,01	3,90±0,18	3,86±0,26	>0,01	4,60±0,24*#	3,17±0,31	<0,01
P4	3,60±0,51	3,71±0,18	>0,01	4,30±0,52	3,43±0,30	>0,01	5,20±0,58	3,33±0,21	<0,01
P5	3,80±0,73	3,57±0,37	>0,01	4,20±0,55	2,57±0,30*	<0,01	5,20±0,58	2,67±0,21*	<0,01
P6	3,40±0,68	4,29±0,36	>0,01	3,30±0,47	4,00±0,44	>0,01	3,60±0,68	4,33±0,33	>0,01
P7	3,40±0,93	3,86±0,40	>0,01	3,40±0,52	3,86±0,46	>0,01	3,40±0,75	4,33±0,33	>0,01
У сер	3,09±0,29	4,33±0,43	<0,01	3,27±0,38	4,18±0,45	>0,01	3,74±0,50	3,81±0,29	>0,01

Примітка 1. * - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.
Примітка 2. # - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками тривалості захворювання 6-10 та 11-15 років.
Примітка 3. *p* – показник похибки достовірності різниці поміж показниками груп I та II.

Найбільш вираженою різниця між такими показниками була при позитивних симптомах P1, P2, P3.

Серед всіх позитивних симптомів у пацієнтів групи 1 із збільшенням частоти приступів достовірно ($p < 0,01$) зростала вираженість при симптомах P3 «Галюцинації» та P4 «Збудження», що для P3 підтверджено позитивним середньої сили кореляційним зв'язком ($r = +0,49$). У групі 2 – навпаки, при P1 «Маячення» ($r = -0,45$), P2 «Розлади мислення» ($r = -0,51$) та P5 «Ідеї величі» ($r = -0,30$) значна вираженість симптомів уже була при перших приступах і у подальшому уже суттєвих змін не відбувалось.

Результати аналізу розподілу балів позитивних симптомів підшкали PANSS-PS у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія групи I свідчать, що найчастіше стан пацієнта із музичним слухом оцінювався у 2 бали (дуже слабка вираженість) - $37,86 \pm 4,10$ % обстежених ($p < 0,05$ порівняно з часткою пацієнтів із 5 балів) (табл. 4.19).

Таблиця 4.19 – Структура розподілу балів позитивних симптомів у пацієнтів групи 1 ($P \pm m_p$, %)

№ позит. симп.	Кількість пацієнтів із оцінкою позитивних симптомів у:					
	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів	6 балів
P1	0,00	80,00±8,94	20,00±8,94	0,00	0,00	0,00
P2	30,00±10,25	65,00±10,67	5,00±4,87	0,00	0,00	0,00
P3	0,00	0,00	30,00±10,25	45,00±11,12	25,00±9,68	0,00
P4	0,00	15,00±7,98	20,00±8,94	10,00±6,71	25,00±9,68	30,00±10,25
P5	0,00	25,00±9,68	10,00±6,71	35,00±10,67	30,00±10,25	0,00
P6	0,00	40,00±0,95	20,00±8,94	5,00±4,87*	30,00±10,25	5,00±4,87*
P7	5,00±4,87	40,00±10,95	15,00±7,98	5,00±4,87	20,00±8,94	15,00±7,98
У сер	5,00±1,84*	37,86±4,10*	17,14±3,19	14,29±2,96	18,57±3,29	7,14±2,18*

Примітка. * - наявна ($p < 0,05$) різниця з часткою оцінок «5 балів».

Кожний шостий пацієнт (17,14±3,19 %) мав слабку вираженість позитивних симптомів (3 бали), кожний п'ятий (18,57±3,29 %) - сильну вираженість (5 балів). Виразність дефіцитарних позитивних симптомів була відсутня (1 бал) у 5,00±1,84 % пацієнтів із музичним слухом.

Сильна та дуже сильна вираженість позитивної симптоматики (5-6 балів) була притаманна для P4 «Збудження», P5 «Ідеї величі» та P6 «Настороженість, ідеї переслідування», дуже слабка вираженість (2 бали) – для P1 «Маячення», P2 «Розлади мислення» та P7 «Ворожість».

Аналіз розподілу балів позитивних симптомів підшкали PANSS-PS у хворих на параноїдну шизофренію групи 2 показав, що більше половини (52,86 %) з них мали помірно виражені (4 бали) та дуже сильно виражені (6 балів) дефіцитарні симптоми - 36,43±4,07 % та 16,43±3,13 % обстежених відповідно ($p < 0,05$) (табл. 4.20).

Таблиця 4.20 – Структура розподілу балів позитивних симптомів у пацієнтів групи 2 ($P \pm m_p$, %)

№ ПОЗИТ. СИМП.	Кількість пацієнтів із оцінкою позитивних симптомів у:					
	2	3	4	5	6	7
P1	0,00	0,00	15,00±7,98*	15,00±7,98*	50,00±11,18	20,00±8,94*
P2	0,00	5,00±4,87*	40,00±10,95	10,00±6,71	35,00±10,67	10,00±6,71
P3	10,00±6,71	45,00±11,12	40,00±10,95	5,00±4,87	0,00	0,00
P4	5,00±4,87	40,00±10,95	55,00±11,12	0,00	0,00	0,00
P5	30,00±10,25	55,00±11,12	5,00±4,87	10,00±6,71	0,00	0,00
P6	0,00	20,00±8,94	55,00±11,12*	10,00±6,71	15,00±7,98	0,00
P7	0,00	35,00±10,67	45,00±11,12*	5,00±4,87	15,00±7,98	0,00
У сер	6,43±2,07*	28,57±3,82*	36,43±4,07*	7,86±2,27*	16,43±3,13	4,29±1,71*
Примітка. * - наявна ($p < 0,05$) різниця з часткою оцінок «6 балів».						

Близько третини пацієнтів (28,57±3,82 %) без музичного слуху мали слабку вираженість позитивних симптомів (3 бали). У шести пацієнтів був крайній ступінь вираженості позитивних симптомів (7 балів): у 4-х - при P1 «Маячення», що проявлялось наявністю стійкого комплексу численних маячних ідей, які призводили до неадекватних вчинків; у 2-х – при P2 «Розлади мислення» із проявами вираженого розпушення асоціативних зв'язків та повної втрати здатності до спілкування.

Результати аналізу кореляційних зв'язків залежності вираженості одних позитивних симптомів від інших у групі пацієнтів із розвиненим музичним слухом довели ($p < 0,05$) взаємну пряму залежність P5 «Ідеї величі» із P3 «Галюцинації», P4 «Збудження» (r від +0,48 до +0,94), зворотну залежність P6 «Настороженість, ідеї переслідування» із P4 «Збудження», P5 «Ідеї величі», P7

«Ворожість» (r від $-0,76$ до $-0,83$). А значить при зростанні проявів вираженості «Ідеї величі» можуть зростати прояви симптомів «Галюцинації» та «Збудження», а при збільшенні ступеню вираженості «Настороженості, ідеї переслідування» можуть згасати симптоми «Збудження», Ідеї величі» та «Ворожості» у пацієнтів із вираженим музичним слухом.

У групі пацієнтів на параноїдну шизофренію без музичного слуху дослідження показали наявність ($p < 0,05$) прямого кореляційного зв'язку між P1 та P2, P4, P5 (r від $+0,54$ до $+0,58$), між P4 та P5 ($r = +0,54$), між P6 та P7 ($r = +0,92$), що доводить зростання ступеню вираженості «Розладів мислення», «Збудження» та «Ідеї величі» при зростанні симптоматики «Марення»; зростанні «Настороженості, ідеї переслідування» при збільшенні «Ворожості». Тоді як зростання симптомів «Галюцинацій» (P3) призводив до зниження вираженості симптомів «Настороженості, ідеї переслідування» (P6) та «Ворожості» (P7) - зворотній середньої сили кореляційний зв'язок (r від $-0,41$ до $-0,48$, $p < 0,05$).

4.5 Аналіз результатів дослідження залежності наявності музичного слуху та розвитку дефіцитарної симптоматики за субшкалою загальної психопатології (G) шкали PANSS у пацієнтів із ПШ досліджуваних груп

У результаті проведеного дослідження нами встановлено, що за шкалою загальних психопатологічних симптомів середній бал у пацієнтів групи 1 становив $2,95 \pm 0,09$ балів, що було у 1,33 рази ($p < 0,01$) нижче, ніж у пацієнтів групи 2 – $3,93 \pm 0,06$ бали. Найбільш виражені дефіцитарні зміни мали місце при чотирьох загальних симптомах: G8, G12, G13, G16, середній бал яких різнився в обох групах у 2,5 рази ($p < 0,01$): $2,21 \pm 0,10$ бали у пацієнтів із розвинутим музичним слухом проти $5,53 \pm 0,15$ балів у пацієнтів без розвинутого музичного слуху, що спонукало до більш детального опису саме цих симптомів (табл. 4.21).

Таблиця 4.21 - Порівняльне оцінювання загальних дефіцитарних психопатологічних симптомів за підшкалою PANSS-G у хворих на параноїдну шизофренію із розвинутим музичним слухом (група 1) та без музичного слуху (група II) ($M \pm m$, бали)

Групи	Загальні дефіцитарні симптоми			
	G8 малоконтактність (відмова від співпраці)	G12 зниження критики до власного стану	G13 вольові порушення	G16 активна соціальна відстороненість
1 група	2,35±0,11	2,95±0,05	1,90±0,12	1,65±0,13
2 група	4,95±0,11*	6,00±0,13*	5,35±0,18*	5,80±0,17*

Примітка. * - наявність достовірної ($p < 0,01$) різниці поміж показниками.

У пацієнтів групи 1 середні бали загальних симптомів коливались у межах від 1,65 балів при «Активній соціальній відстороненості» до 2,95 балів при «Зниженні критики до власного стану», що відповідає дуже слабкій та слабкій вираженості симптомів, тоді як у пацієнтів групи 2 – від 4,95 балів при «Малоконтактності» до 6,00 балів при «Зниженні критики до власного стану» - сильна та дуже сильна вираженість. Найбільша різниця між показниками груп була притаманна для симптомів G16 «Активна соціальна відстороненість» - у 3,52 рази та G13 «Вольові порушення» - у 2,82 рази ($p < 0,01$).

Результати аналізу вивчення вікових змін розвитку дефіцитарних загальних симптомів підшкали PANSS-G показали такі ж зміни, як і при негативних та позитивних симптомах цієї підшкали: мали більшу вираженість дефіцитарних симптомів у старшому віці пацієнти групи 1 порівняно із пацієнтами групи 2, в яких дані симптоми були більш виражені у молодшому віці (табл. 4.22).

Таблиця 4.22 – Дані змін вираженості дефіцитарної загальної симптоматики із віком у пацієнтів досліджуваних груп (M±m, бали)

№	18-25 років		26-30 років		31-35 років	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
G8	2,25±0,25	5,09±0,09	2,44±0,18	5,00±0,00	2,29±0,18	4,71±0,29
G12	2,75±0,25	6,18±0,18	3,00±0,00	6,00±0,00	3,00±0,00	5,71±0,18
G13	1,50±0,29	5,64±0,15	2,22±0,15*	6,00±0,00*	1,71±0,18 [#]	4,71±0,36* [#]
G16	1,75±0,25	5,82±0,23	1,78±0,22	6,50±0,50	1,43±0,20	5,57±0,30
У сер	2,06±0,28	5,68±0,23	2,36±0,25	5,88±0,31	2,11±0,35	5,18±0,27
Примітка 1. * - наявність достовірної (p<0,01) різниці із показниками у віці 18-25 років відповідної групи.						
Примітка 2. [#] - наявність достовірної (p<0,01) різниці поміж показниками у віці 26-30 та 31-35 років.						

У пацієнтів групи 1 віком до 25 років середній бал дефіцитарної симптоматики склав 2,06±0,28 бали, що було у 2,76 рази (p<0,01) менше, ніж у пацієнтів групи 2 цього віку (5,68±0,23 бали). У віці 31-35 років різниця між даними групами була у 2,49 рази (2,36±0,25 проти 5,88±0,31 балів відповідно), у віці 31-35 років – у 2,45 рази (2,11±0,35 бали проти 5,18±0,27 бали, p>0,01).

Результати дослідження залежності вираженості дефіцитарної симптоматики від терміну дебюту психічних порушень довели наявність більшої вираженості перших симптомів у старшому віці у групі пацієнтів із музичним слухом (прямий середньої сили зв'язок r=+0,51 (p<0,05) для симптому G12 «Зниження критики до власного стану»), а у групі пацієнтів без музичного слуху – навпаки, у молодшому віці (зворотній середньої сили зв'язок r=-0,31 (p>0,05) для симптому G13 «Вольові порушення»).

Тривалість захворювання на параноїдну шизофренію у обох групах спостереження напряму впливала на ступінь вираженості загальної дефіцитарної симптоматики у обох групах (табл. 4.23).

Таблиця 4.23 – Середні бали вираженості дефіцитарних загальних симптомів залежно від стажу захворювання у досліджуваних групах (M±m, бали)

№	Середні бали симптомів при тривалості захворювання					
	1 – 5 років		6 – 10 років		11 – 15 років	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
G8	2,00±0,00	5,00±0,00	2,50±0,15*	5,20±0,20	2,25±0,25	4,71±0,29
G12	3,00±0,00	5,88±0,13	2,92±0,08	6,00±0,32	3,00±0,00	6,14±0,26
G13	2,00±0,00	4,88±0,35	1,92±0,19	5,40±0,24	1,75±0,25	5,86±0,14*
G16	1,50±0,29	5,88±0,13	1,75±0,18	6,00±0,55	1,50±0,29	5,57±0,30
У сер	2,13±0,31	5,41±0,27	2,27±0,27	5,65±0,21	2,13±0,33	5,57±0,31
Примітка. * - наявність достовірної ($p<0,01$) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.						

Так, у пацієнтів із вираженим музичним слухом середні бали дефіцитарних симптомів були нижчими при тривалості захворювання більше 10 років (2,13±0,33 бали) порівняно з балами при тривалості захворювання до 5 років (5,41±0,27 балів) у пацієнтів без музичного слуху ($p<0,01$).

Аналіз дослідження взаємозв'язку ступеню вираженості загальних дефіцитарних симптомів від кількості приступів психічних розладів у обох групах довів, що у пацієнтів із музичним слухом, навіть які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10), середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики був у 2,55 рази нижчим (2,10±0,34 балів), ніж у пацієнтів без музичного слуху при перших приступах (5,36±0,25 бали) (табл. 4.24). Найбільш вираженою різниця між показниками груп була при дефіцитарних симптомах G16 «Активна соціальна відстороненість» та G13 «Вольові порушення». Зокрема, останній симптом «Вольові порушення» мав доведений прямий середньої сили кореляційний взаємозв'язок із кількістю приступів ($r=+0,54$, $p<0,05$).

Таблиця 4.24 - Середні бали вираженості загальних симптомів залежно від кількості приступів психічних розладів у досліджуваних групах (M±m, бали)

№	Приступи					
	1 – 5 рази		6 -10 разів		11 – 15 разів	
	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2	Група 1	Група 2
G8	2,40±0,24	5,00±0,00	2,40±0,16	5,14±0,14	2,20±0,20	4,67±0,33
G12	3,00±0,00	5,86±0,14	2,90±0,10	6,14±0,26	3,00±0,00	6,00±0,26
G13	2,00±0,00	4,86±0,34	1,90±0,23	5,43±0,30	1,80±0,20	5,83±0,17*
G16	1,80±0,20	5,71±0,29	1,70±0,21	6,14±0,26	1,40±0,24	5,50±0,34
У сер	2,30±0,26	5,36±0,25	2,23±0,27	5,71±0,25	2,10±0,34	5,50±0,30
Примітка. * - наявність достовірної (p<0,01) різниці із показниками тривалості захворювання 1-5 років відповідної групи.						

Оцінка частоти розподілу за балами загальних дефіцитарних симптомів підшкали PANSS-G у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія групи 1 показала, що у цій групі майже половина пацієнтів (48,75±4,22 % обстежених, p<0,05 з часткою пацієнтів із 3 балами) мала бал «2» (дуже слабка вираженість), а у групі 2 - половина пацієнтів (50,00±4,23 %, p<0,05 з іншими балами) - бал «6» (дуже сильна вираженість).

Найбільш поширеним у групі 1 максимальний бал «3» був при дефіцитарному симптомі G12 «Зниження критики до власного стану» - 95,00±4,87 %, бал «2» - при G13 «Вольові порушення» - 70,00±10,25 %, бал «1» - при G16 «Активна соціальна відстороненість» - 40,00±10,95 % пацієнтів.

У групі 2 найпопулярніший бал «6» найчастіше зустрічався при симптомах G12 «Зниження критики до власного стану» та G16 «Активна соціальна відстороненість» - по 70,00±10,25 %, що проявлялось явним прагненням хворого уникнути контакту та заперечення наявності будь-яких психічних симптомів як в минулому, так і в сьогоденні. Крайній ступінь вираженості (7 балів) дефіцитарних симптомів був присутній у 5 пацієнтів групи 2 при тих же симптомах, що і при 6

балах – G12 та G16 і проявлялось це тим, що хворий повністю заперечував наявність психічного захворювання, його не вдавалось залучити до соціальних відносин через наявність сильного страху, ворожості або марення переслідування.

Аналіз наявності кореляційних зв'язків поміж ступенем вираженості одних дефіцитарних загальних симптомів від інших у групі пацієнтів із розвиненим музичним слухом довів ($p < 0,05$) взаємний прямий середньої сили вплив G8 на G16 ($r = +0,63$). А значить при зростанні вираженості «Малоконтактності» буде зростати «Активна соціальна відстороненість».

У групі пацієнтів на параноїдну шизофренію без музичного слуху дослідження також підтвердили наявність ($p < 0,05$) прямого кореляційного зв'язку між G8 та G16 ($r = +0,51$), та, крім того, вплив G12 на G13 та G16 ($r = +0,46$ та $r = +0,61$ відповідно), що доводить зростання ступеню вираженості «Вольових порушень» та «Активної соціальної відстороненості» при зростанні симптоматики «Зниження критики до власного стану».

Висновки до розділу 4

1. Отримані дані доводять вплив фактору наявності музичного слуху на дефіцитарну симптоматику, а також на форми та ступінь вираженості негативної та позитивної симптоматики при параноїдній шизофренії: рівень дефіцитарної симптоматики негативних симптомів є у 2,2 рази нижчим ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху та позитивних симптомів - у 1,23 рази нижчим ($p < 0,01$).

2. Оцінка порівняння розвитку дефіцитарної симптоматики із віком показала більшу вираженість їх у старшому віці у пацієнтів групи 1 порівняно із пацієнтами групи 2, в яких негативна симптоматика мала більшу ступінь вираженості у молодшому віці.

3. Доведений кореляційний зв'язок між віком дебюту проявів перших психічних ознак та вираженістю дефіцитарної симптоматики: у групі пацієнтів із розвинутим музичним слухом вираженість перших симптомів проявлялась у старшому віці, тоді як у групі пацієнтів без музичного слуху – у молодшому віці.

4. Було встановлено кореляційну залежність впливу музичного слуху та тривалості захворювання: у пацієнтів із вираженим музичним слухом навіть при тривалості захворювання більше 10 років середні бали дефіцитарних симптомів були нижчими, ніж у пацієнтів без музичного слуху при тривалості захворювання до 5 років.

5. Доведено, що у пацієнтів із музичним слухом, які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10), середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики є нижчим, ніж у пацієнтів без музичного слуху при перших приступах (до 5 приступів).

6. У пацієнтів без музичного слуху є доведеною наявна більша частота та сила кореляційних зв'язків поміж негативними симптомами обох шкал PANSS та NSA-16, ніж у пацієнтів із музичним слухом.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях автора:

1. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Особливості психоакустики як диференційно-діагностичного критерію шизоафективного розладу та параноїдної шизофренії на ранніх етапах виникнення // Вісник Вінницького НМУ. 2018. № 2. С. 168-172.

2. Костюченко Н., Фільц О. Фактор наявності музичного слуху та особливості негативної симптоматики (дефекту) при шизофренії // Праці НТШ. Мед. науки. 2015. Т. XLIII. С. 109–116.

3. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Первинний психотичний епізод: підходи до ранньої діагностики та прогнозу захворювання // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2015. №1 (27). С.46-50.

РОЗДІЛ 5

РИЗИК І ДИНАМІКА ПЕРЕБІГУ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД ПСИХОАКУСТИЧНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ПАЦІЄНТІВ ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУП

5.1 Діагностична цінність визначення музичного слуху при психічних розладах ендогенного спектру

Класична схема обстеження пацієнта із підозрою психічного розладу включає три взаємопов'язані етапи: це встановлення попереднього, клінічного та остаточного діагнозу [20, 22, 36, 66]. Попередній діагноз встановлюється за допомогою клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних методів (включає розмову з пацієнтом, збір скарг, дані анамнезу хвороби та життя, що дозволяє знайти індивідуальні особливості та динаміку їх розвитку, й наштовхує лікаря до конкретного захворювання). Клінічний діагноз формується за підставі психодіагностичних методів (об'єктивне клінічне експериментально-психологічне обстеження пацієнта, метою якого є виявлення порушень психічних процесів (сприйняття, уваги, мислення, пам'яті, емоцій, тощо), різнобічних аспектів його психічної діяльності та загальної оцінки психічного стану хворого, що є досить трудомістким та часозатратним); методів інструментального обстеження (нейрофізіологічні (електроенцефалографія, реоенцефалографія, ехо-енцефалографія, ультразвукова транскраніальна доплерографія) та нейрорентгенологічні дослідження (краніографія, ангіографія судин мозку, пневмоенцефалографія, комп'ютерна томографія голови, позитронно-емісійна томографія, магнітно-резонансна томографія)), лабораторних методів та при потребі консультації інших спеціалістів. Остаточний заключний діагноз базується на спостереженні щодо наслідків призначеного лікування та динаміки стану здоров'я пацієнта протягом лікування та після нього (так звана «діагностика ex juvantibus» - через лікування).

Наше дослідження включало порівняння результатів класичної схеми дослідження із новаторською, запропонованою нами, яка передбачала визначення

музичного слуху.

Процедура діагностики музичного слуху була двоетапною і, передусім, орієнтованою на виявлення розладів сприйняття музики. На першому етапі було здійснено опитування пацієнтів у формі анкетування під час інтерв'ю, щоб встановити наявність та рівень освіти (для виключення можливості вад розвитку, розумової відсталості та розладів навчання), відвідування уроків музики під час навчання в школі, історію розладів музичного сприйняття, що допомогло диференціювати характер розладу музичного слуху (вроджена / набута амузія).

На другому етапі для підтвердження наявності дефіциту музичного слуху в опитаних пацієнтів різного віку та рівня освіти ми здійснили лабораторну діагностику музичного слуху на основі адаптованої методики Дж. Айот [119], використовуючи загальний лабораторний діагностичний тест, що включав сім субтестів, кожний з яких був спрямований на виявлення якості сприйняття музики (див. розділ 2).

Пацієнтам із діагнозом параноїдної шизофренії також проводили клінічне експериментально-психологічне обстеження, надаючи перевагу клініко-психопатологічному методу дослідження оцінки рівня симптоматики з використанням “Кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів” (PANSS - Positive and Negative Syndrome Scale) [165, 228] та шкали «Оцінки негативних симптомів-16» (NSA-16 - 16-item Negative Symptom Assessment) [248], яка сфокусована на негативну симптоматику дефіцитарного типу (падіння психічної активності). Оцінка за даними шкалами проводилась у вигляді структурованого інтерв'ю, в процесі якого виявляли ступінь розвитку тих чи інших психічних порушень (див. розділи 3 і 4).

Порівняння результатів, отриманих після оцінки музичного слуху та після клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного дослідження представлена у табл. 5.1.

Таблиця 5.1 – Частка співпадіння кінцевого діагнозу ПШ чи ШАР при різних дослідженнях (%)

Дослідження	Діагноз ПШ при даному дослідженні співпадав із кінцевим діагнозом у %	Діагноз ШАР при даному дослідженні співпадав із кінцевим діагнозом у %
Клініко-анамнестичні	61,67	75,00
Клініко-психопатологічні	100,00	100,00
Музичного слуху	96,67	88,33

Як бачимо з даних, представлених у цій таблиці, частота співпадіння діагнозу параноїдної шизофренії після дослідження музичного слуху із кінцевим заключенням є дуже високою – 96,67 % випадків, тоді як після попереднього клініко-анамнестичного дослідження цей діагноз було підтверджено лише у 61,67 % випадку. Переважна більшість випадків ШАР (88,33 %) також співпала із кінцевим діагнозом після визначення музичного слуху, тоді як після клініко-анамнестичного методу – у 75 % випадків.

Відповідно можна стверджувати, що визначення музичного слуху у пацієнтів із підозрою на ПШ чи ШАР дозволить полегшити постановку діагнозу, скоротивши кількість інших досліджень та час, затрачений на їх проведення.

Також варто відзначити, що психопатологічна оцінка стану пацієнта є описовою в своїй суті та досить тривалою у часі, а параклінічні методи - дорогими та затратними в цілому, і швидше спрямовані на виключення органічних уражень головного мозку, тому визначення особливостей психоакустики, яке є дешевим, швидким, простим у виконанні, дає можливість діагностики і прогнозу розвитку таких захворювань, як ПШ та ШАР.

Із врахуванням вищевикладеного, нову послідовність досліджень з метою діагностики ПШ та ШАР наведено у Алгоритмі (рис. 5.1).



Рисунок 5.1 - Алгоритм діагностики параноїдної шизофренії (ПШ) та шизоафективного розладу (ШАР)

Наступним важливим моментом ми вважали прорахунок ризиків розвитку ПШ чи ШАР у пацієнтів із наявним та відсутнім музичним слухом, враховуючи інтенсивність розвитку симптоматики за шкалами PANSS (табл. 5.2) та NSA-16 (табл. 5.3).

Згідно даних таблиці 5.2, шанс інтенсивних проявів негативних симптомів параноїдної шизофренії у осіб без музичного слуху є в цілому в 27,76 разів більший ($p < 0,05$), ніж у осіб із розвиненим музичним слухом ($OR = 27,76 \pm 0,33$, при 95% CI 20,78-34,74).

Таблиця 5.2 – Показники відношення шансів інтенсивності проявів параноїдної шизофренії / шизоафективного розладу (за шкалою негативних симптомів PANSS) залежно від психоакустичних здібностей

Симптоми	Параноїдна шизофренія		Шизоафективний розлад	
	OR \pm m*	95% CI [#]	OR \pm m	95% CI
N1	27,50 \pm 0,31	21,68-33,32	25,00 \pm 0,37	16,38-33,62
N2	23,22 \pm 0,30	18,15-28,30	29,00 \pm 0,42	16,03-41,97
N3	33,00 \pm 0,32	26,24-39,76	29,00 \pm 0,42	16,03-41,97
N4	19,80 \pm 0,29	15,34-24,26	45,00 \pm 0,40	30,18-59,82
N5	65,00 \pm 0,37	49,50-80,50	16,11 \pm 0,40	8,56-23,67
N6	65,00 \pm 0,37	49,50-80,50	16,11 \pm 0,40	8,56-23,67
N7	65,00 \pm 0,37	49,50-80,50	29,00 \pm 0,42	16,03-41,97
У цілому	27,76 \pm 0,33	20,78-34,74	32,56 \pm 0,42	19,11-46,00
Примітка 1. * OR – відношення шансів (odds ratio), \pm m – похибка відношення шансів.				
Примітка 2. [#] - 95% CI – довірчий інтервал (confidence interval) при 95% імовірності.				

Шанс значних проявів негативних симптомів шизоафективного розладу у 32,56 раз більший ($p < 0,05$) при відсутності музичного слуху, ніж при його наявності ($OR = 32,56 \pm 0,42$, при 95% CI 19,11-46,00). Також було доведено вплив музичного слуху на інтенсивність й зокрема кожного негативного симптому за шкалою PANSS ($p < 0,05$) (табл. 5.3).

Згідно даних таблиці 5.3, шанс розвитку симптомів за шкалою NSA-16 у пацієнтів без музичного слуху в цілому є у 2,5 рази вищим при параноїдній шизофренії та у 3,22 рази вищим при шизоафективному розладі, ніж у пацієнтів із наявним музичним слухом ($p < 0,05$).

Таблиця 5.3 – Показники відношення шансів інтенсивності проявів параноїдної шизофренії / шизоафективного розладу (за шкалою негативних симптомів NSA-16) залежно від психоакустичних здібностей

Симптоми NSA-16	Параноїдна шизофренія		Шизоафективний розлад	
	OD±m	95% CI	OD±m	95% CI
1	7,73±0,30	4,71-10,74	4,43±0,20	2,68-6,18
2	9,00±0,31	5,61-12,39	4,43±0,20	2,68-6,18
3	11,00±0,26	8,17-13,83	4,43±0,20	2,68-6,18
4	6,67±0,30	3,97-9,36	4,43±0,20	2,68-6,18
5	3,09±0,35	1,04-5,14	4,43±0,20	2,68-6,18
6	1,67±0,82	-0,75-4,09*	3,22±0,32	1,15-5,29
7	2,45±1,19	1,13-3,77	2,14±0,24	0,61-3,67
8	2,45±1,19	1,13-3,77	5,00±0,28	2,65-7,35
9	2,45±1,19	1,13-3,77	2,14±0,24	0,61-3,67
10	2,45±1,19	1,13-3,77	9,00±0,45	2,84-15,16
11	1,29±0,46	0,03-2,54*	2,14±0,24	0,61-3,67
12	1,51±0,47	0,05-2,96*	1,00±0,32	-0,16-2,16*
13	5,40±0,33	2,63-8,17	2,14±0,24	0,61-3,67
14	2,37±0,23	0,99-3,75	2,14±0,24	0,61-3,67
15	7,12±0,23	5,03-9,21	4,43±0,20	2,68-6,18
16	6,11±0,22	4,21-8,01	4,43±0,20	2,68-6,18
У цілому	2,50±0,40	0,51-4,48	3,22±0,26	1,40-5,04

Примітка. * - достовірність більшого шансу виникнення даного симптому у осіб без музичного слуху не доведена ($p > 0,05$).

Не було доведено впливу музичного слуху на інтенсивність кількох

негативних симптомів за шкалою NSA-16: при параноїдній шизофренії - N6, N11, N12, при ШАР – N12 ($p>0,05$), тоді як при решті симптомів такий вплив був підтверджений ($p<0,05$).

5.2 Динаміка змін параноїдної шизофренії при проспективному спостереженні за пацієнтами із наявним та відсутнім музичним слухом

Завершальним етапом нашої роботи було доведення важливості психоакустичних здібностей, як одних із ключових індикаторів у прогнозуванні подальшого перебігу параноїдної шизофренії після лікування. Для виконання цього завдання ми відібрали 60 пацієнтів із підтвердженим діагнозом «Параноїдна шизофренія» (30 пацієнтів із музичним слухом, 30 – без музичного слуху), за якими проводилось динамічне проспективне спостереження протягом одного року після перенесеного психотичного епізоду. Узагальнені дані представлено у табл. 5.4.

Таблиця 5.4 – Порівняння даних катамнезу після року спостереження у пацієнтів із параноїдною шизофренією, залежно від психоакустичних здібностей

Критерії порівняння катамнезу	Пацієнти з музичним слухом (n=30)	Пацієнти без музичного слуху (n=30)
Кількість загострень на рік ($M\pm m$, рази)	1,80±0,12	3,57±0,18*
Відновлення критики до хворобливих переживань ($P\pm m_p$, % випадків)	86,67±6,21	16,67±6,80*
Формування дефіцитарної симптоматики ($P\pm m_p$, %)	26,67±8,07	66,67±8,61*
Якісні зміни мислення ($P\pm m_p$, %)	20,00±7,30	83,33±6,80*
Приступоподібний перебіг ($P\pm m_p$, %)	80,00±7,30	13,33±6,21*
Прогредієнтний перебіг ($P\pm m_p$, %)	6,67±4,55	70,00±8,37*
Афективні коливання ($P\pm m_p$, %)	76,67±7,72	30,00±8,37*
Відновлення працездатності ($P\pm m_p$, %)	73,33±8,07	23,33±7,72*
Примітка. * - достовірність ($p<0,01$) різниці між показниками груп з музичним слухом та без нього.		

Як бачимо з даних таблиці 5.4, середня частота загострень на рік параноїдної шизофренії була у 2 рази ($p < 0,01$) більшою у пацієнтів без музичного слуху ($3,57 \pm 0,18$) порівняно з пацієнтами з музичним слухом ($1,80 \pm 0,11$). Кількість загострень коливалась від 2 (у трьох осіб) і до 5-6 (по двоє осіб) у пацієнтів без наявних психоакустичних здібностей, та від 0 (у двох пацієнтів) і до 3 (у двох пацієнтів) – у пацієнтів із музичним слухом (рис. 5.2).

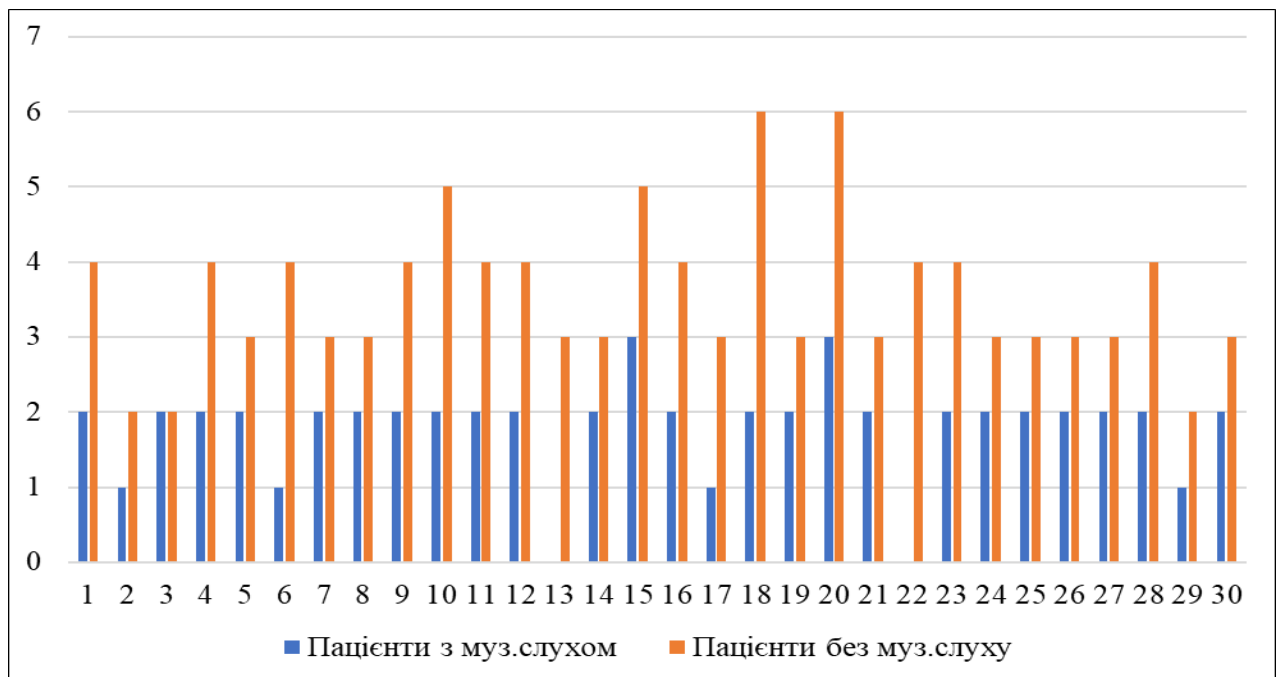


Рисунок 5.2 – Дані кількості загострень параноїдної шизофренії у пацієнтів із різними психоакустичними здібностями (абс. дані)

Переважає більшість (86,67 %, $n=26$) пацієнтів із музичним слухом мали 1-2 загострення на рік, тоді як серед більшості (76,67 %, $n=23$) пацієнтів без музичного слуху загострення параноїдної шизофренії спостерігалось значно частіше – 3-4 рази на рік.

Наступним показником, що демонструє видужання чи поліпшення стану пацієнта, є поява критики, яка свідчить про відмову пацієнта від хворобливої дійсності, що перестає бути для нього його дійсністю, а стає пережитим хворобливим станом.

Існує думка серед багатьох спеціалістів у цій галузі, що критика власних

хворобливих проявів є основною ознакою виходу з психозу. Формулювання цього критерію з позиції хворого показує, що хворий може повернутись до реального світу після категоричного заперечення дійсності психотичного світу. Ця вимога нелегка до виконання через те, що переживання під час психозу є надзвичайно сильними, а відчуття реальності у більшій мірі залежать від сили переживань.

У гострих психозах при шизофренії часто має місце амнезія хворобливого періоду, що, в свою чергу, полегшує відновлення критики. Почуття дійсності може збільшуватись разом із силою переживань лише до певних меж, після досягнення яких настає втрата пам'яті, як елемент захисту перед надто сильними переживаннями.

У тому випадку, коли втрати пам'яті не відбувається й пацієнт все пам'ятає про свої хворобливі переживання, заперечення їх реальності не є легким завданням. Хворобливі переживання дають таку ж, або й навіть сильнішу за звичайні переживання, переконаність у їх реальності. Саме тому відновлення критики і відмова від хворобливого вигаданого світу є важливим показником покращення стану пацієнта.

Відновлення критики до хворобливих переживань протягом року спостереження відбулось у переважної більшості ($86,67 \pm 6,21$ %) осіб із музичним слухом, що у 5,2 рази частіше, ніж у осіб без музичного слуху, серед яких лише кожний шостий ($16,67 \pm 6,80$ %) відновив даний параметр. Це у черговий раз доводить вплив психоакустичних здібностей на перебіг одужання.

Моніторинг стану пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом року спостереження показав, що в пацієнтів з розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики у формі зниження психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії із збідненням афективних та вольових процесів) значно нижчий, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху, з числа останніх у 2/3 пацієнтів ($66,67 \pm 8,61$ %, $n=20$) відбулось формування дефіцитарної симптоматики. Це у 2,5 рази частіше ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів із музичним слухом, серед яких лише у 1/4 осіб ($26,67 \pm 8,07$ %, $n=8$) відбулось зростання рівня дефіцитарної негативної симптоматики.

При порівнянні показників субшкал використаної шкали NSA-16 в групі пацієнтів з музичним слухом (рис. 5.3) встановлено, що динаміка показників до зниження негативної симптоматики є значною (темп спаду (Тсп)=-15,38 %) із максимальною відсотковою різницею між початковим і кінцевим рівнем (темп спаду) -21,79 % (N10 Статевий потяг) та -21,57 % (N7 Слабкий вияв емоцій на вимогу).

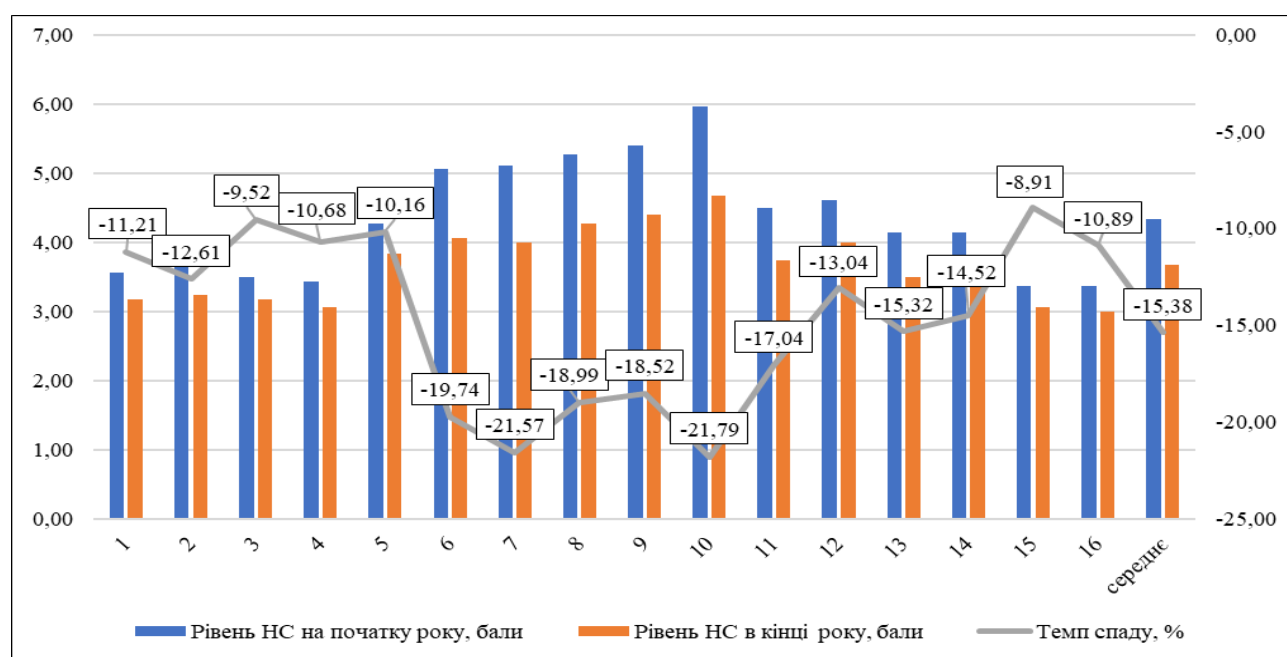


Рисунок 5.3 – Динаміка рівня негативної симптоматики (НС) параноїдної шизофренії за шкалою NSA-16 протягом року спостереження у пацієнтів із музичним слухом

Мінімальний темп спаду був при N15 (Обмежена жестикуляція) та при N3 (Бідне мовлення) – -8,91 % та -9,52 % відповідно. На кінець періоду спостереження середні бали негативної симптоматики були у межах від $3,00 \pm 0,15$ балів (при N16 Сповільнені рухи) до $4,67 \pm 0,28$ балів (при N10), що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів.

Відповідні показники субшкал на кінець року у групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими ($5,37 \pm 0,19$ балів, $p < 0,01$), мінімальні значення

- від $4,47 \pm 0,19$ бали (N16) до максимальних $6,53 \pm 0,09$ балів (N10), що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при шизофренії (рис. 5.4).

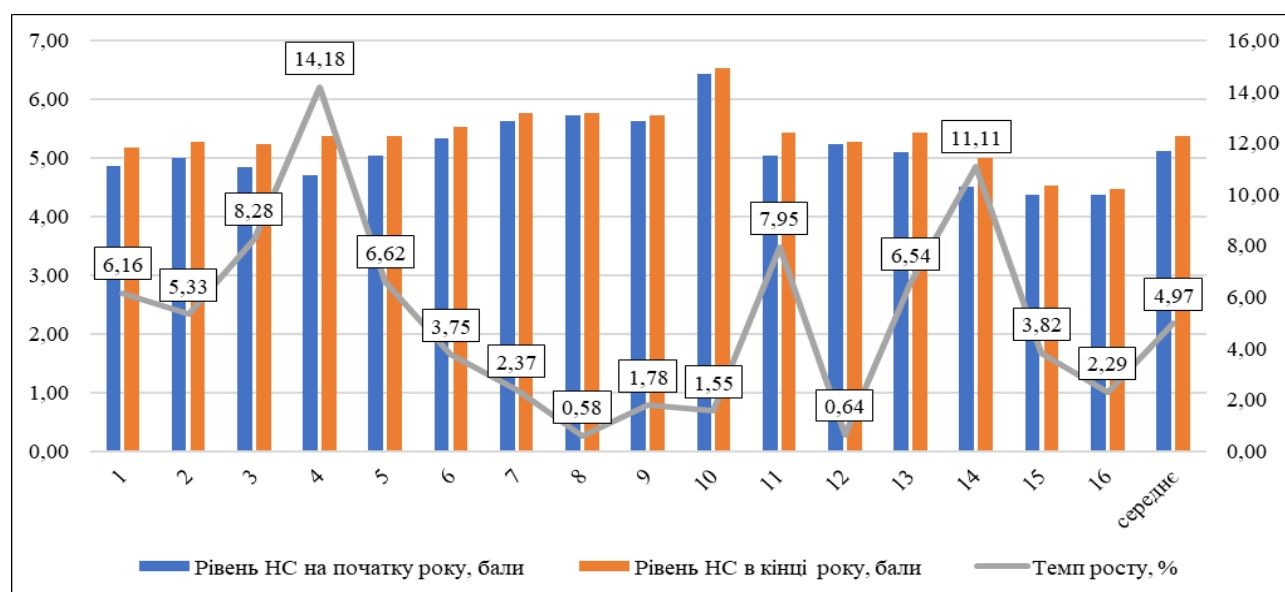


Рисунок 5.4 – Динаміка рівня негативної симптоматики (НС) параноїдної шизофренії за шкалою NSA-16 протягом року спостереження у пацієнтів без музичного слуху

Не зважаючи на те, що у групі пацієнтів без музичного слуху була третина пацієнтів ($n=10$), у яких зменшились прояви негативної симптоматики, загальний рівень дефіцитарної симптоматики у цій групі зріс від $+0,58$ % при N8 (Слабкий соціальний потяг) до $+14,18$ % при N4 (Нерозбірливе мовлення).

Одним із найважливіших проявів параноїдної шизофренії є порушення мислення, якісні зміни якого свідчать про погіршення стану пацієнта. Серед наших груп спостереження у $83,33 \pm 6,80$ % пацієнтів без музичного слуху та у $20,00 \pm 7,30$ % пацієнтів із музичним слухом протягом року відбулись якісні зміни мислення.

У цих пацієнтів спостерігались різного ступеня та форми розлади мислення, від незначного з нерізким порушенням конкретизації понять до різко вираженого недоумства, останнє частіше мало місце у пацієнтів без музичного слуху ($p < 0,01$). Характерними ознаками при цьому було різке занедбання особистості, зниження

інтересів за наявності зменшення активності та притуплення емоційності. Причому страждали не окремі інтелектуальні здібності, а лише вміння ними користуватися – відбувався розлад інтелектуальної ініціативи та продуктивності. Характерним та специфічним розладом мислення також у цих пацієнтів була так звана “шизофренічна розірваність мислення”, яка полягала у порушенні перебігу уявлень та їхнього зв'язку. Характерними особливостями такого шизофренічного мислення у пацієнтів із ПШ були аглютинація понять, амбівалентність мислення, символічність в мисленні, зісковзування та затримка думки, застій та наплив у думках, додаткові уявлення, тощо.

На результати лікування параноїдної шизофренії також впливає тип перебігу захворювання. У досліджуваних групах пацієнтів спостерігалось 3 основні форми шизофренії залежно від типу перебігу хвороби: безперервна (прогресивний перебіг), періодична чи рекурентна (приступоподібний перебіг) і шубоподібна (приступоподібно-прогресивний перебіг) (рис. 5.5).

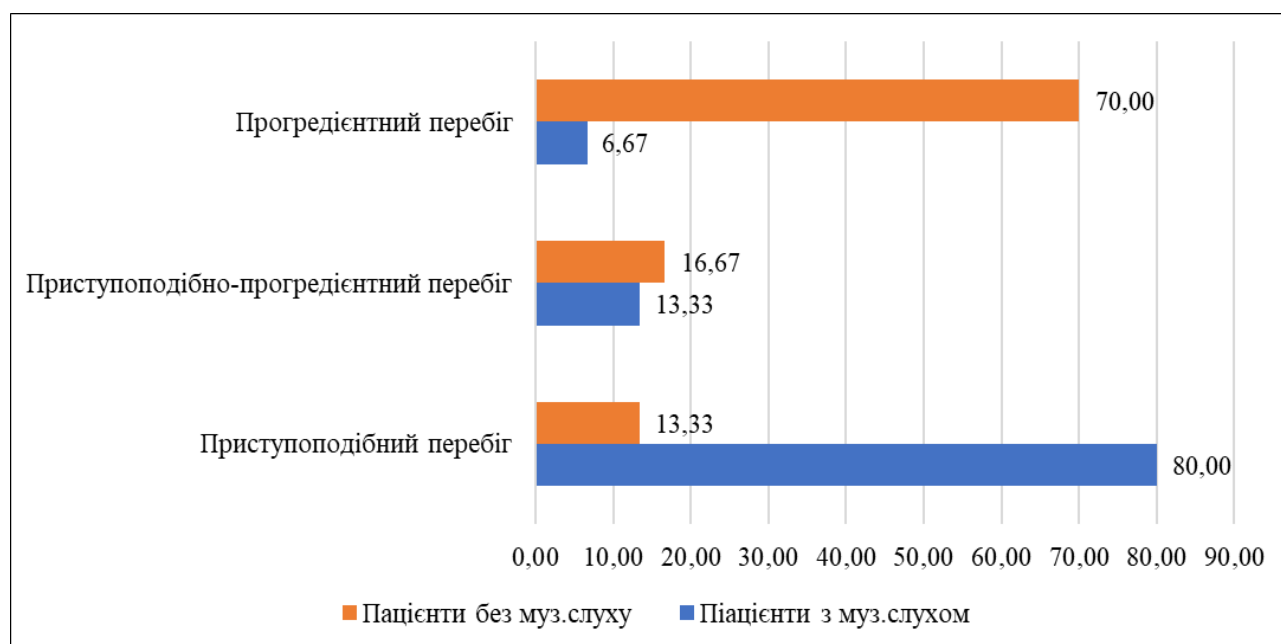


Рисунок 5.5 – Типи перебігу параноїдної шизофренії протягом року спостереження у пацієнтів із різними психоакустичними властивостями (%)

У більшості пацієнтів ($80,00 \pm 7,30$ %) із розвинутим музичним слухом найчастіше зустрічався III тип перебігу - рекурентний (приступоподібний) перебіг

з поштовхоподібними спалахами, які проявлялись атиповими депресивними нападами із подальшим настанням періоду ремісії. При цьому дефект особистості був виражений мінімально. Такий перебіг захворювання був притаманний лише для $13,33 \pm 6,21$ % пацієнтів без музичного слуху.

У той же час, хронічний, який безперервно прогресує, прогредієнтний перебіг I типу був характерний для значної кількості пацієнтів без музичного слуху – $70,00 \pm 8,37$ % та лише для $6,67 \pm 4,55$ % осіб із музичним слухом. Особливістю цього типу є те, що він розвивається поступово, протягом багатьох років і, зрештою, призводить до специфічної деменції.

Приступоподібно-прогредієнтний тип практично однаково ($p > 0,05$) зустрічався в обох групах спостереження: $13,33 \pm 6,21$ % у пацієнтів із музичним слухом та $16,67 \pm 6,80$ % у пацієнтів без музичного слуху. Основними проявами захворювання при цьому типі були гострі напади (шуби), за якими наставала ремісія, а іноді навіть призупинення подальшого розвитку процесу. Але все ж найчастіше наслідком захворювання при цьому перебігу був дефект особистості, оскільки з кожним нападом відбувалось прогресування захворювання.

Афективні коливання є позитивним симптомом перебігу захворювання, оскільки притуплення афективності, поступово поглиблюючись, зумовлює повний занепад емоційного життя хворого, виражену нерухомість афектів, так звану “тупу афективну байдужість”. Насправді ж виникає не так афективна тупість, як емоційні переживання, спрямовані всередину, на тлі втрати цікавості до оточення.

У групах спостережень спостерігалось у 2,56 рази ($p < 0,01$) більше пацієнтів із афективними коливаннями серед пацієнтів із музичним слухом, ніж без нього: $76,67 \pm 7,72$ % проти $30,00 \pm 8,37$ % відповідно.

Більш детально ми спостерігали за динамікою змін рівня афективних позитивних симптомів P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» у пацієнтів обох груп спостережень (рис. 5.6).

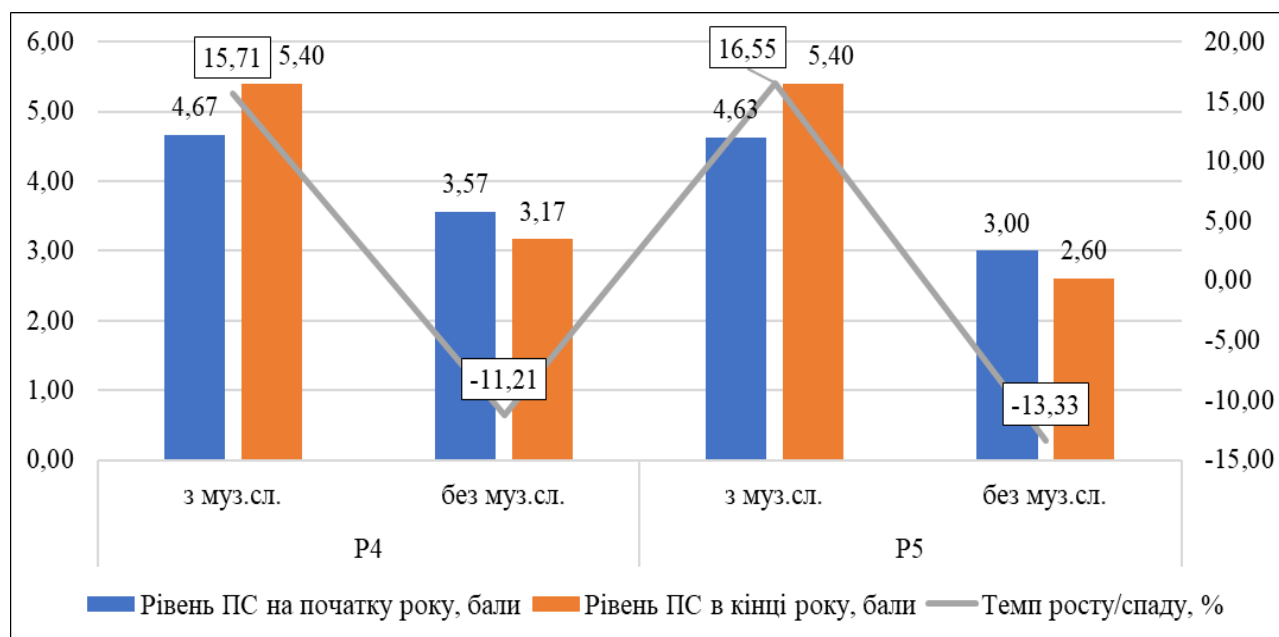


Рисунок 5.6 - Динаміка рівня позитивних афективних симптомів (ПС) параноїдної шизофренії за шкалою PANSS протягом року спостереження у пацієнтів досліджуваних груп

У пацієнтів із музичним слухом обидва позитивних симптоми мали афективні коливання в середньому від $4,67 \pm 0,21$ балів до $5,40 \pm 0,23$ балів при P4 ($T_{пр} = +15,71$ %) та від $4,63 \pm 0,26$ балів до $5,40 \pm 0,25$ балів при P5 ($T_{пр} = +16,55$ %).

У то же час, у пацієнтів без музичного слуху дані позитивні симптоми мали тенденцію до зниження протягом року спостереження, зокрема, при P4 - від $3,57 \pm 0,13$ балів до $3,17 \pm 0,20$ балів ($T_{сп} = -11,21$ %), при P5 - від $3,00 \pm 0,17$ балів до $2,60 \pm 0,22$ балів ($T_{сп} = -13,33$ %).

Дослідження показало, що самим важливим підсумуючим чинником визначення ефективності лікування є відновлення працездатності хворих, яке визначається лише клінічним поліпшенням, а й залежить від соціально-психологічних факторів. Відновлення працездатності у досліджуваних групах пацієнтів із параноїдною шизофренією значно різнилось, а саме: серед пацієнтів із розвиненим музичним слухом частка осіб, що відновили свою працездатність, була у 3,14 рази ($p < 0,01$) вищою, ніж у пацієнтів без музичного слуху - $73,33 \pm 8,07$ % проти $23,33 \pm 7,72$ % відповідно.

Відновленню працездатності сприяло не лише медикаментозне лікування,

але й трудомістка соціально-психологічна робота з пацієнтами: поетапна соціально-трудова реабілітація, лікувальна фізкультура, культуротерапія, переважно колективні заняття та використання ігрових композицій з моделюванням різних ситуацій самотійного життя, оптимальне використання всіх видів родинних зв'язків.

Висновки до розділу 5

1. Доведена діагностична цінність проведення дослідження психоакустики у пацієнтів з підозрою на ПШ та ШАР.

2. Шанс інтенсивних проявів негативних симптомів параноїдної шизофренії у осіб без музичного слуху є в цілому в 27,76 разів більший ($p < 0,05$), ніж у осіб із розвиненим музичним слухом, шизоафективного розладу - у 32,56 рази більший ($p < 0,05$).

3. Моніторинг стану пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом року спостереження показав, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом якісні зміни мислення та рівень дефіцитарної симптоматики значно нижчі, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. Відновлення критики до хворобливих переживань та відновлення працездатності були притаманні більш частіше для пацієнтів із музичним слухом порівняно з хворими без музичного слуху.

Основні наукові результати розділу опубліковані в працях автора:

1. Kostyuchenko N., Filts O. Paranoid schizophrenia negative symptoms features in case of presence of musical ear // «EUREKA: Health Sciences». 2018. № 3. P. 54-60.

2. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух та особливості негативної симптоматики при шизофренії // Буковинський медичний вісник. 2018. № 3. С. 31-35.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Шизофренія належить до важкокурабельних форм психічної патології, що призводять до тяжкої соціальної дезадаптації і, у багатьох випадках, інвалідизації хворих. Прогноз захворювання базується на врахуванні різних факторів, роль яких досі залишається недостатньо вивченою. Прогноз, у свою чергу, впливає на призначення своєчасної та адекватної терапії, а в подальшому – реабілітації хворих [59, 61, 73, 83, 85, 145].

При вивченні літератури за останнє десятиріччя слід відзначити, що домінуюча частина науково-дослідницької діяльності в галузі медицини, зокрема психіатрії, присвячена лікуванню, особливо його психофармакотерапевтичній частині, де подаються як статистичні, так і патогенетичні обґрунтування. Значно менша кількість робіт вивчає етіопатогенетичні аспекти, питання діагностики та психосоціальної реабілітації [64, 65, 74, 86, 87, 88].

Варто також відзначити, що у психіатрії об'єктивні методи специфічної діагностики залишаються предметом особливої уваги. Сучасна психіатрія розглядає етіопатогенез чи клініку психічних хвороб не лише прямолінійно та емпірично, а й долучає до розуміння і пояснення фізіологічні та біологічні показники. Новий поштовх у дослідженні методів діагностики надали у 2008 році низка закордонних дослідників. У своїх дослідженнях автори вказують на фізіологічні особливості слуху - особливості психоакустики у осіб із психічними розладами [94, 95, 118, 153, 154]. Доведено, що відчуття ритму у хворих на шизофренію є інакшим аніж у людей, які не мають шизофренії, тому є актуальним та важливим дослідити можливість використання таких даних як маркерів захворювання, а також виявити можливі розбіжності між видами негативної симптоматики як наслідку психічної хвороби. Важливо також зазначити, що діагностика шизофренії на основі запропонованого авторами методу, яка передбачає тестування хворих на наявність / відсутність ритмо-музичного слуху, дає можливість кваліфікувати захворювання на ранніх етапах, у тому числі, у продромальній стадії [97, 147, 152, 156].

Окрім проблеми ранньої діагностики постає не менш важливою проблема раціональної реабілітації. На сьогоднішній день в Україні дезадаптованість, а в подальшому і стигматизація з наступною інвалідизацією хворих на шизофренію є гострою соціальною, медичною і економічною проблемою з огляду як на причини її виникнення, так і на складнощі щодо її подолання [8, 9, 10, 19, 21, 27, 28]. З огляду на це надзвичайно вагомим є питання реабілітації хворих на шизофренію. Тому дослідження, скеровані на вивчення механізмів та особливостей формування емоційно-вольового дефіциту є пріоритетними. Незважаючи на певні досягнення, вирішення питання «дефекту» на даний час не надається можливим. Низка публікацій стверджують про доцільність проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з психічними розладами [11, 12, 160, 166, 213]. Багато авторів вказують не лише на необхідність реабілітаційних заходів, а й на їх диференційоване застосування, яке б мало опиратись на патогенетичне обґрунтування. Дослідники, характеризуючи хворих на психічні порушення, зокрема шизофренію, зазначають, що ефективність реабілітаційних заходів залежить від вчасно розпочатої правильної реабілітаційної роботи з пацієнтом [152, 160, 162, 166, 222].

Переважає більшість діагностичних алгоритмів при шизофренії базується на описових методиках суб'єктивних переживань хворих, реалізація яких передбачає наявність розгорнутої клінічної картини захворювання, що в певній мірі ускладнює вчасне виявлення хвороби. Тому рання діагностика є однією із центральних проблем, вирішення якої слід відносити до найбільш актуальних на даний час.

Таким чином, проблема дослідження психоакустичних особливостей хворих на шизофренію є не лише науково актуальною, а й має важливе прикладне значення для клінічної практики.

Все вищеперераховане обумовило мету дослідження: вдосконалити прогностично-діагностичні алгоритми при параноїдній шизофренії (ПШ) та шизоафективному розладі (ШАР) на підставі вивчення фактору впливу наявності/відсутності музичного слуху на клінічні особливості перебігу цих

розладів.

Для реалізації цієї мети було з'ясовано поширеність наявності/відсутності музичного слуху серед пацієнтів із параноїдною шизофренією (ПШ) та шизоафективним розладом (ШАР) в порівнянні із здоровими особами; вивчено особливості проявів позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом з та без музичного слуху за допомогою шкал PANSS та NSA-16; досліджено особливості формування позитивної та негативної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією з та без музичного слуху, при встановленому початковому діагнозі «первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії» впродовж проспективного динамічного спостереження терміном 1 рік з допомогою шкал PANSS та NSA-16; вивчено динаміку перебігу параноїдної шизофренії у пацієнтів з та без музичного слуху за 6-ма обраними катамнестичними критеріями; розроблено діагностичний алгоритм параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу з урахуванням фактору наявності/відсутності музичного слуху.

Для вирішення поставлених завдань було використано епідеміологічні, інструментальні, психопатологічні та статистичні методи досліджень. У результаті роботи розроблено алгоритм практичних рекомендацій щодо ранньої діагностики ПШ та ШАР.

Всі дослідження проводились на базі клінічних відділень Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні протягом періоду 2012-2017 рр. У дослідження були включені особи віком від 18 до 35 років, які поділялись на певні групи залежно від етапу дисертації.

Перша частина роботи присвячена дослідженню психоакустичних здібностей у загальній популяції здорових осіб у порівнянні з поширеністю осіб із музичним слухом у епідеміологічному «зрізі» хворих на ПШ та ШАР. Встановлені особливості психоакустичних властивостей у обстежуваних підтвердили важливість подальшого поглибленого дослідження психопатологічних проявів у хворих на параноїдну шизофренію та шизоафективний розлад в залежності від наявності чи відсутності музичного

слуху.

Тому надалі нами проводилось порівняльне дослідження психопатологічних проявів у пацієнтів цих груп, застосовуючи у якості критеріїв оцінки діагностичні шкали PANSS та NSA-16.

Другий етап роботи включав порівняльне обстеження хворих із наявним музичним слухом та без музичного слуху, у яких в анамнезі був первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії та у подальшому підтверджений діагноз параноїдної шизофренії. Під час цього етапу проводилось поглиблене катамнестичне дослідження цих пацієнтів із використанням верифікованого підходу до діагностики за допомогою шкал PANSS та NSA-16.

Третя частина власних досліджень передбачала передусім узагальнюючу порівняльну оцінку різних методів діагностики ПШ та розробку удосконаленого алгоритму діагностично послідовних дій при постановці кінцевого діагнозу ПШ та ШАР.

Завершенням роботи стала оцінка проведеного моніторингу динаміки певних важливих показників параноїдної шизофренії, отриманих у результаті проспективного порівняльного спостереження протягом одного року після перенесеного психотичного епізоду у пацієнтів із наявним та відсутнім музичним слухом. Аналіз проводився за 6-ти катамнестичними ключовими критеріями: кількість загострень на рік, відновлення критики до хворобливих переживань, формування дефіцитарної симптоматики, якісні зміни мислення, перебіг захворювання (приступоподібний, прогресивний або афективні коливання), відновлення працездатності.

Аналіз результатів дисертаційної роботи показав, що у популяції здорових осіб частка людей із розвиненим музичним слухом становила $66,25 \pm 5,29$ %, тоді як у пацієнтів із параноїдною шизофренією – у 2,2 рази менше осіб мали психоакустичні здібності ($30,00 \pm 7,25$ %), а у хворих на шизоафективний розлад – в 1,2 рази частіше ($80,00 \pm 6,32$ %), ніж в цілому в популяції. Публікації вітчизняних авторів представляють, що музичний слух був об'єктом дослідження в різних наукових галузях, у тому числі нейрофізіології та нейропсихології,

досліджувався в розрізі музичної акустики, психоакустики, тощо [29, 30, 42, 52]. Проте не виявлено жодної роботи у нашій країні щодо дослідження поширеності розвиненого музичного слуху у популяції в цілому. У цьому питанні дана дисертаційна робота є новаторською.

У той же час, за даними дослідження І. Перетс (2007) вроджена амюзія уражає 4 % населення планети [217], а результати дослідження цієї патології науковців Монреальського університету свідчать про розповсюдженість аномалій музикального сприйняття у 3-6 % людей [119]. Ця категорія населення характеризується вродженою недостатністю розвитку мережі системних зв'язків, необхідних для сприйняття музики [234].

Особливості психоакустики, зокрема відчуття ритму, у хворих на шизофренію, вивчав колектив авторів на чолі з S. Nielzén [210, 211, 244], які запропонували метод діагностики шизофренії, що передбачає тестування хворих на наявність / відсутність ритмо-музичного слуху, що в свою чергу, дає можливість кваліфікувати захворювання. Однак, у дослідженні не було відображено комплексне поняття музичного слуху, яке включає здатність відрізнити точність інтонації і інтервали між різними тонами, відчуття ж ритму – це відчуття тривалості окремих звуків, розміреності звуків у їх сукупності. Оскільки здатність вирізнити інтонацію та інтервали поміж звуків є більш точним та цілісним у характеристиці музичного слуху, тому зробити найбільш повні висновки щодо особливостей психоакустики, як діагностичного маркеру шизофренії, етапу її перебігу та вираженість наслідків хвороби можливо лише за умови проведення більш комплексного дослідження, яке й було нами проведено.

Порівняння вираженості проявів дефіцитарної симптоматики у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія та ШАР показало значно вищі ($p < 0,01$) середні бали негативної симптоматики за шкалою NSA-16 та шкалою PANSS у пацієнтів із параноїдною шизофренією. Низка інших досліджень демонструють доведене порушення міжпівкульних зв'язків у хворих на шизофренію, яке лежить в основі розладів системної організації біоелектричних процесів головного мозку та функціонування мозкових систем [35, 37, 40]. Такі дослідження суттєво

розгортають горизонти можливого клінічного розуміння психічних порушень в цілому та розуміння їх раціональної корекції [38, 41, 43].

Оцінка проявів негативної симптоматики параноїдної шизофренії за шкалою NSA-16 у пацієнтів із різними психоакустичними властивостями показала значно вищий рівень негативної симптоматики у пацієнтів без музичного слуху, зокрема при негативних симптомах пов'язаних із мовленням (Бідне мовлення, Затримка відповіді, Обмежений обсяг мовлення, Нерозбірливе мовлення).

Значення всіх негативних критеріїв за шкалою PANSS були вищими у 1,61-2,58 рази ($p < 0,01$) у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із музичним слухом обох досліджуваних груп, із найбільшою різницею у пацієнтів із ПШ (у 2,14 рази) при критерії N1 «Притуплений афект», у пацієнтів із ШАР – при критерії N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» (у 2,58 рази).

Варто розглядати отримані результати як можливі маркери шизофренії зокрема, а також механізми до розуміння відмінностей дефіцитарної симптоматики при перебігу психічних хвороб.

За даними зарубіжних авторів дефіцитарна або «негативна» симптоматика є причиною соціальної аутизації, втрати звичних життєвих контактів та трудової дезадаптації, а також соціальної «стигматизації», тому окрім діагностики другою важливою проблемою є і подолання наслідків перебігу психічного недугу [43, 136, 152]. Адже власне наростанням дефіциту певних властивостей емоційно-вольової сфери, яку зазначають як «дефект» чи «дефіцит», зумовлене соціальне відмежування пацієнта, що страждає на шизофренію.

Афективні позитивні симптоми за шкалою PANSS P4 «Збудження» та P5 «Ідеї величі» мали вищі рівні у пацієнтів із ШАР порівняно з пацієнтами з ПШ ($p < 0,01$). Ці ж симптоми мали вищий рівень у 1,21-1,55 рази у осіб із розвиненим музичним слухом у обох групах (ПШ та ШАР).

За нашими дослідженнями доведеним ($p < 0,01$) є вищий рівень балів негативної симптоматики за шкалою PANSS при ПШ у жінок із наявним музичним слухом та у жінок із ШАР без музичного слуху, ніж у відповідних

групах чоловіків. Також у жінок був значно вища інтенсивність проявів загальних симптомів за шкалою PANSS, ніж у чоловіків у обох групах хворих на ПШ та ШАР. Ці показники у контексті порівняння статі досліджувались вперше, тому немає можливості порівняти їх з іншими публікаціями.

Результати аналізу проведеного дослідження серед пацієнтів з параноїдною шизофренією, що мали в анамнезі первинний психотичний епізод з симптомами шизофренії, засвідчили, що у пацієнтів із розвинутим музичним слухом дефіцитарна симптоматика у формі падіння психічної активності (поєднання псевдобрадифренії зі збідненням афективних та вольових процесів) значно нижча, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. При порівнянні ключових показників шкали NSA-16 в групі цих пацієнтів з музичним слухом середні показники негативної симптоматики є значно нижчими: від $1,90 \pm 0,14$ (затримка відповіді) до $2,55 \pm 0,18$ (малозмінна інтенсивність емоційних реакцій), крім $3,65 \pm 0,26$ бали (статевий потяг), що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Показники негативних симптомів в групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими ($p < 0,01$), мінімальні значення починаються від $3,5 \pm 0,15$ (обмежена жестикуляція та сповільнені рухи) до максимальних $6,30 \pm 0,15$ (статевий потяг), що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при параноїдній шизофренії.

Подібні дані були отримані зарубіжними дослідниками: при використанні Монреальського комплексу тестів для діагностування амузії [119, 218] встановлено, що музичні здібності за даною шкалою були значно нижчими в експериментальній групі пацієнтів з шизофренією, ніж у контрольній. Аналіз також показав прямий вплив негативних симптомів на музичні здібності [109, 168].

Інші праці [141, 142, 146, 241] висувають припущення про загальний дефіцит ідентифікації емоцій (у мовленні, міміці тощо) у хворих на шизофренію на різних стадіях захворювання і пов'язують це з погіршеним сприйняттям мелодійності (інтонації) в мовленні, оскільки вважають, що реакція на емоційну міміку є індикатором сприйняття мелодійності (інтонації) в мовленні, а не самого захворювання.

Вплив здатності сприйняття й ідентифікації навколишніх звуків на можливий розвиток подальших ускладнень шизофренії як слухові вербальні галюцинації досліджено у праці T. Conde (2011) [132].

У результаті аналізу у пацієнтів із параноїдною шизофренією, що мали в анамнезі первинних психотичний симптом, встановлено доведену залежність вираженості негативної симптоматики від віку дебюту перших психічних ознак від у обох групах: у групі пацієнтів із розвинутим музичним слухом дебют перших симптомів проявлявся у більш старшому віці, у групі пацієнтів без музичного слуху – дебют перших психічних ознак був пов'язаний із молодшим віком. У публікаціях інших дослідників не було виявлено робіт що залежності музичного слуху та від віку пацієнтів.

Також була доведена кореляційна залежність рівня музичного слуху та тривалості захворювання та кількості приступів за життя: у пацієнтів із вираженим музичним слухом навіть при тривалості захворювання більше 10 років середні бали дефіцитарних симптомів були нижчими, ніж у пацієнтів без музичного слуху при тривалості захворювання до 5 років; у пацієнтів із музичним слухом, які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10), середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики був нижчим, ніж у пацієнтів без музичного слуху при перших приступах (до 5 приступів). Дані дослідження також не були відображені у світовій літературі.

Порівняння результатів, отриманих після оцінки музичного слуху та після клініко-анамнестичного та клініко-психопатологічного дослідження показало дуже високу частоту співпадіння діагнозу параноїдної шизофренії після дослідження музичного слуху із кінцевим заключенням – 96,67 % випадків, тоді як після попереднього клініко-анамнестичного дослідження цей діагноз було підтверджено лише у 61,67 % випадку. Переважна більшість випадків ШАР (88,33 %) також співпала із кінцевим діагнозом після визначення музичного слуху, тоді як після клініко-анамнестичного методу – у 75 % випадків. Це підтверджує важливість визначення музичного слуху у пацієнтів із підозрою на ПШ чи ШАР, що дозволить полегшити постановку діагнозу, скоротивши кількість інших

досліджень та час, затрачений на їх проведення.

Досліджень щодо порівняння цінності діагностичних методів при пошуку у літературних джерелах не було виявлено.

Також слід відмітити, що психопатологічна оцінка стану пацієнта є описовою в своїй суті та досить тривалою у часі, а параклінічні методи - дорогими та затратними в цілому, і швидше спрямовані на виключення органічних уражень головного мозку, тому визначення особливостей психоакустики, яке є дешевим, швидким, простим у виконанні, дає можливість діагностики і прогнозу розвитку таких захворювань, як ПШ та ШАР.

Обрахунок відношення шансу інтенсивних проявів негативних симптомів параноїдної шизофренії у осіб без музичного слуху є в цілому в 27,76 разів більший ($p < 0,05$), ніж у осіб із розвиненим музичним слухом, шизоафективного розладу - у 32,56 рази більший ($p < 0,05$).

Моніторинг стану пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом року спостереження показав, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом якісні зміни мислення та рівень дефіцитарної симптоматики значно нижчі, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. Відновлення критики до хворобливих переживань та відновлення працездатності були притаманні більш частіше для пацієнтів із музичним слухом порівняно з хворими без музичного слуху. Проведене дослідження особливостей розвитку емоційно-вольового дефіциту надає можливості розробити раціональні методики реабілітації, що вплине на підвищення якості життя таких пацієнтів. Бачення порушення психоакустики у хворих на шизофренію може бути маркером вказаного захворювання, що лише оптимізує діагностику та лікування.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційній роботі наведено вирішення актуальної науково-практичної задачі клінічної психіатрії – удосконалення диференціальної діагностики та прогнозу перебігу шизофренії та шизоафективного розладу на основі визначення впливу фактору наявності/відсутності музичного слуху на клінічні особливості перебігу даних розладів.

2. Встановлено, що у популяції здорових осіб частка людей із розвиненим музичним слухом становила $66,19 \pm 3,26$ %, тоді як у пацієнтів із параноїдною шизофренією – у 2,2 рази менше осіб мали музичний слух ($30,00 \pm 7,25$ %), а у хворих на шизоафективний розлад – в 1,2 рази частіше ($80,00 \pm 6,32$ %), ніж в цілому в дослідженій субпопуляції. Порівняння музичного слуху у досліджуваних групах показало достовірну ($p < 0,05$) різницю у цих групах не тільки в цілому, але й за статтю. Зокрема, у пацієнтів із параноїдною шизофренією у чоловіків у 2,33 рази частіше реєструвався музичний слух, ніж у жінок: третина чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, мала розвинений музичний слух ($33,33 \pm 8,21$ %), тоді як серед жінок цієї групи розвинений музичний слух був виявлений лише у кожній сьомій ($14,29 \pm 13,23$ %).

3. Встановлено наявність значно вищих середніх балів вираженості негативної симптоматики за шкалою NSA-16 та шкалою PANSS у пацієнтів із діагнозом параноїдна шизофренія, ніж у пацієнтів із ШАР ($p < 0,01$). Показано однаково в обох групах ПШ та ШАР вищий рівень загальних дефіцитарних симптомів за шкалою PANSS у пацієнтів без музичного слуху (в 1,50-2,89 рази, $p < 0,01$).

4. Отримані дані доводять взаємозв'язок фактору наявності музичного слуху на дефіцитарну симптоматику, а також на форми та ступінь вираженості негативної та позитивної симптоматики у пацієнтів із параноїдною шизофренією, яким встановлено початковий діагноз ППЕзСШ: рівень дефіцитарної симптоматики негативних симптомів є у 2,2 рази нижчим ($p < 0,01$), ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху та позитивних симптомів - у 1,23 рази нижчим

($p < 0,01$). У групі пацієнтів із розвинутим музичним слухом вираженість перших симптомів проявлялась у старшому віці, тоді як у групі пацієнтів без музичного слуху – у молодшому віці. У пацієнтів із вираженим музичним слухом навіть при тривалості захворювання більше 10 років середні бали дефіцитарних симптомів були нижчими, ніж у пацієнтів без музичного слуху при тривалості захворювання до 5 років. Доведено, що у пацієнтів із музичним слухом, які мали більшу кількість приступів за життя (більше 10), середній бал вираженості дефіцитарної симптоматики є нижчим, ніж у пацієнтів без музичного слуху при перших приступах (до 5 приступів). Визначено, що рівень негативної симптоматики за шкалою NSA-16 був у пацієнтів із параноїдною шизофренією без музичного слуху був вищим, значення всіх негативних критеріїв за шкалою PANSS були також вищими у 1,61-2,58 рази ($p < 0,01$) у пацієнтів без музичного слуху, ніж у пацієнтів із музичним слухом обох досліджуваних груп, із найбільшою різницею у пацієнтів із ПШ (у 2,14 рази) при критерії N1 «Притуплений афект», у пацієнтів із ШАР – при критерії N4 «Пасивно-апатична соціальна відгородженість» (у 2,58 рази).

5. Моніторинг стану пацієнтів із параноїдною шизофренією протягом року спостереження показав, що в пацієнтів із розвинутим музичним слухом якісні зміни мислення та рівень дефіцитарної симптоматики значно нижчі, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. Відновлення критики до хворобливих переживань та відновлення працездатності були притаманні більш частіше для пацієнтів із музичним слухом порівняно з хворими без музичного слуху.

6. Прогностично-діагностичними маркерами ПШ та ШАР є відсутність музичного слуху, високі бали (більше 5) негативних симптомів шкали PANSS, пов'язаних із мовленням (Бідне мовлення, Затримка відповіді, Обмежений обсяг мовлення, Нерозбірливе мовлення) та шкали NSA-16 (Притуплений афект), а також позитивних симптомів шкали PANSS (Маячення та Розлади мислення). Для ПШ, на відміну від ШАР, більш характерними є виражені прояви негативних симптомів «Порушення спонтанності і плавності в бесіді» та «Стереотипне

мислення». Для ШАР більш притаманними є «Притуплений афект», «Емоційна відгородженість», «Труднощі в спілкуванні», «Пасивно-апатична соціальна відгородженість», «Порушення абстрактного мислення».

7. Встановлено, що фактор наявності/відсутності музичного слуху є показовим діагностично-прогностичним маркером параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу. На підставі встановленого маркеру - фактору наявності/відсутності музичного слуху, розроблено новий алгоритм діагностики і прогнозу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Усі наведені практичні рекомендації будуть важливими для лікарів-психіатрів, які надають медичну допомогу пацієнтам із ПШ та ШАР.

1. Рекомендовано враховувати фактор наявності / відсутності музичного слуху як один із чітко верифікованих і легко тестованих маркерів параноїдної шизофренії.

2. Надано рекомендації щодо удосконалення системи діагностики ПШ та ШАР при наявності ранніх ознак захворювання із застосуванням ефективних простих методик визначення наявності музичного слуху для впровадження в систему охорони здоров'я.

3. Рекомендовано враховувати визначення музичного слуху у пацієнтів із параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом для вирішення питання щодо можливості прогнозу перебігу захворювання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамов В. А. Оптимизация приспособительного поведения больных с впервые диагностированной шизофренией // Укр. вісник психоневрол. 2011. № 1. С. 37–41.
2. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк: Каштан, 2006. 268 с.
3. Абрамов В. А., Жигулина И. В., Ряполова Т. Л. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией : монография. Донецк: Каштан, 2009. 584 с.
4. Аврамчук О. С. Динаміка психологічних механізмів захисту при психотичних розладах: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психології ім. Г.С. Костюка. К., 2014. 20 с.
5. Академик. Большой медицинский словарь. [Электронный ресурс]. URL: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/medic2/1629>.
6. Анненков О. О. Динаміка психопатологічних, патопсихологічних та нейрохімічних змін при параноїдній шизофренії в процесі лікування: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Держ. установа "Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України". Х., 2007. 20 с.
7. Байло М. В. Якість ремісії при шизофренії та її психофармакотерапевтичне забезпечення: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2014. 19 с.
8. Бачериков А. Н., Акименко Е. А. Некоторые особенности результатов анализов крови у больных шизофренией // Эксперим. і клініч. медицина. 2008. № 3. С. 129–132.
9. Безсмертний О. В. Хроно-динамічні особливості автобіографічної пам'яті хворих на параноїдну шизофренію: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Харків. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2015. 20 с.
10. Блажевич Ю., Марцинковский И. Внутренний мир больного шизофренией // Журн. практ. лікаря. 2004. № 2. С. 41–46.

11. Боделан М. І., Лобасюк Б. О. Особливості тремору у хворих на шизофренію // Вісн. Одес. нац. ун-ту. Сер. Психологія. 2009. Т. 14, вип. 17. С. 282–288.
12. Бондарчук А. Г. Аутоагресивна поведінка несуйцидального характеру у хворих на параноїдну шизофренію (діагностика, корекція, профілактика): автореф. дис. ... канд. мед. наук / АМН України. Ін-т неврології, психіатрії та наркології. Х., 2006. 18 с.
13. Варшавский Я. С., Куликович А. Ю. Эриксо́нианская и нейролингвистическая психотерапия психоза шизофренического спектра (клинический случай) // Мед. перспективи. 2011. Т. 16, № 4. С. 141–144.
14. Вербенко В. А. Динамическая оценка нейрокогнитивных функций в структуре психометрического и нейропсихологического статуса больных разными формами шизофрении // Укр. вісник психоневрол. 2007. № 3. С. 37–41.
15. Вербенко В. А. Клинические проявления нейрокогнитивной дисфункции у больных с простой формой шизофрении // Архів психіатрії. 2004. Т. 10, № 2. С. 101–105.
16. Вербенко Н. В. Культуральная психиатрия (состояние, проблемы, поиски решений) // Таврический журнал психиатрии. 2001. Т. 5. № 2. С. 27–29.
17. Вербенко В. А. Многомерный математико-статистический анализ психофизиологических оснований гетерогенности нарушений при шизофрении // Укр. вісник психоневрол. 2007. № 4. С. 41–44.
18. Вербенко В. А. Нейрокогнітивні розлади при шизофренії: патогенез, клініка, діагностика, терапія: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2008. 34 с.
19. Ганзин И. В. Клиническая лингвистика. Комплексная диагностика речевого поведения при психических расстройствах. Симф.: Предприятие Феникс, 2011. 399 с.
20. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: в 2 т. / пер. с англ.: Т. Кучинская, Н. Полищук. К.: Сфера, 1999. Т. 1. 300 с.

21. Герасименко Л. О. Гендерні відмінності когнітивної функції у пацієнтів з параноїдною шизофренією // Світ медицини та біології. 2017. № 1 (59). С. 36–38.
22. Гнатишин М. С. Шизофренія / Вінниц. нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова. Вінниця, 2007. 80 с.
23. Голик В. Н., Герасимов И. Н., Карлюк А. Т. Тревога и депрессия как предвестники психоза // Запорож. мед. журн. 2006. № 2. С. 137–138.
24. Гончаров В. Є. Медико-психологічні критерії диференціації екзогенних і ендогенно-процесуальних психічних розладів та принципи їх корекції: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04 / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2012. 31 с.
25. Гончаров В. Є. Особенности социальной реабилитации болеющих шизофренией // Укр. вісник психоневрол. 2011. № 1. С. 43–45.
26. Діхтяр В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію // Укр. вісник психоневрол. 2009. № 3. С. 35–38.
27. Денисов Є. М. Порівняльна оцінка клініко-психопатологічних особливостей, якості життя та соціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з різними типами перебігу: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України. Х., 2009. 20 с.
28. Деякі актуальні проблеми діагностики, класифікації, психопатології шизофренії / М. І. Винник [та ін.] // Прикарпат. вісн. НТШ. Сер. Пульс. 2013. № 4. С. 128–138.
29. Довгань І. В. Клініка системних порушень мовлення і мислення при ендогенних та ендогенно-органічних психічних захворюваннях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2001. 19 с.

30. Долуда С. М. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості шизофренії у порівняльно-віковому аспекті // Тавр. журн. психіатрії. 2007. Т. 11, № 3. С. 68–71.

31. Дымшиц С. М., Юрьев М. Н., Вербенко Б. В. Социально-трудова рерадаптация больных шизофренией // Укр. вісник психоневрол. 2008. № 3. С. 41–43.

32. Эй А. Шизофрения: Очерки клиники и психопатологии = Schizophrenie: Etudes cliniques et psychopathologiques / пер. с фр. К.: Сфера, 1998. 388 с.

33. Живаго Х. С. Комплекс заходів медико-соціальної реабілітації хворих на параноїдну форму шизофренії із симптомами депресії // Журн. клініч. та експерим. мед. дослідж. 2016. Т. 4, № 4. С. 500–507.

34. Живаго Х. С. Медико-соціальна реабілітація хворих на параноїдну шизофренію із симптомами депресії: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології [Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця]. К., 2017. 19 с.

35. Живаго Х. С. Предиспозиція до депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію: конституційно-біологічні, соціально-демографічні фактори та дебют захворювання // Запорж. мед. журн. 2016. № 6. С. 77–81.

36. Закаль К. Ю. Медикаментозний комплаєнс при параноїчній шизофренії: (клініко-психопатологічні і психосоціальні чинники, діагностика, корекція): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України. Х., 2017. 20 с.

37. Іващенко Н. Є. Внутрішня картина хвороби і реабілітація пацієнтів з параноїдною шизофренією: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2014. 18 с.

38. Исследование жизненных смыслов и ценностных ориентаций у больных, перенесших манифестный приступ шизофрении / О. И. Осокина [и др.] // Запорж. мед. журн. 2014. № 3. С. 77–80.

39. Кирнарская Д. К. Теоретические основы и методы оценки музыкальной одаренности: дис. ... д-ра псих. наук: 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / ин-т. М., 2006. 411 с.

40. Классификация психических и поведенческих расстройств: Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Клинич. описания и указания по диагностике / Всемир. орг. здравоохранения. К.: Факт, 1999. 270 с.

41. Клінічні особливості та лікування депресивних розладів у хворих на параноїдну шизофренію: (огляд л-ри) / Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман, А. Р. Панас, С. М. Гнатюк // Експерим. та клініч. фізіологія і біохімія. 2009. № 4. С. 86–91.

42. Кожина А. М., Сухоиванова Е. И. Современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией // Експерим. і клініч. медицина. 2013. № 1. С. 163–167.

43. Коровина Л. Д. Случай атипичного развития онейроидного синдрома при параноидной шизофрении как отражение патоморфоза заболевания // Проблеми безперерв. мед. освіти та науки. 2013. № 2. С. 73–75.

44. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух та особливості негативної симптоматики при шизофренії // Буковинський медичний вісник. 2018. № 3. С. 31-35.

45. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом: методика визначення та результати // Вісник наукових досліджень. 2018. № 3. С. 76-79. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9224>

46. Костюченко Н. В., Фільц О. О. // Білорусь

47. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Особливості психоакустики як диференційно-діагностичного критерію шизоафективного розладу та параноїдної шизофренії на ранніх етапах виникнення // Вісник Вінницького НМУ. 2018. № 2. С.

48. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівень та якісний склад позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом залежно від психоакустичних здібностей // Архів

психіатрії. 2018. № 3. С.

49. Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівні музичного слуху в пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом / Н. В. Костюченко, О. О. Фільц // Збірник праць СФУЛТ, вересень 2018 р. – С.

50. Костюченко Н., Фільц О. Фактор наявності музичного слуху та особливості негативної симптоматики (дефекту) при шизофренії // Праці НТШ. Мед. науки. 2015. Т. XLIII. С. 109–116.

51. Крамар Ю. А. Вплив екзогенних факторів на клінічний патоморфоз розладів спектра шизофренії: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2017. 24 с.

52. Крамар Ю. А. Предиктори маніфестації та первинна профілактика шизофренії у підлітків // Современ. педиатрия. 2015. № 2. С. 132–134.

53. Критерії діагностики і психотерапії розладів психіки та поведінки / під ред. Б. В. Михайлова [та ін.] [Електронний ресурс] // Новини української психіатрії. Харків, 2003. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/criteria/paper03.htm>.

54. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак и др. Х.: Арсис, ЛТД, 2004. 240 с.

55. Кустов А. В., Литвин Е. Э. Графологическая продукция больных в клинике психических расстройств // Вісн. Сум. держ. ун-ту. Сер. Медицина. 2007. № 1. С. 129–136.

56. Ломтева В. О. Клініко-соціальна характеристика хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами само стигматизації: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2016. 18 с.

57. Мажбиц В. Б. Подход к дифференцированной психосоциальной реабилитации амбулаторных больных параноидной формой шизофрении // Проблеми безперерв. мед. освіти та науки. 2013. № 1. С. 85–89.

58. Мажбиц В. Б. Психосоциальные аспекты проблемы шизофрении // Укр. вісник психоневрол. 2011. № 1. С. 63.

59. Марункевич Я. Ю. Особливості лікування та реабілітації хворих на шизофренію з урахуванням соматичної патології: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. Київ, 2015. 20 с.
60. Марута Н. А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Укр. вісник психоневрол. 2007. Т. 15, № 1. С. 206–207.
61. Мисула Ю. І. Структура та динаміка когнітивних порушень у хворих на параноїдну форму шизофренії у процесі лікування класичними та атипovими нейрoлeптиками: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України. Х., 2013. 20 с.
62. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении // Укр. вісник психоневрол. 2010. № 4. С. 39–43.
63. Михеева Л. Музыкальный словарь в рассказах. Изд. второе испр. М.: Советский композитор, 1984. 168 с.
64. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особливості психічної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію // Зб. наук. пр. співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. К., 2015. Вип. 24, кн. 4. С. 97–102.
65. Мруг О. Ф. Клінічні особливості формування та терапевтичного супроводу ремісій у хворих на шизофренію на ініціальному етапі хвороби: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. та суд. психіатрії та наркології. К., 2016. 23 с.
66. Наджаров Р. А. Клиника, основные этапы учения о шизофрении и её клинических разновидностях // Шизофрения. Клиника и патогенез. М.: Медицина, 1969. С. 29–119.
67. Назаркина Д. М., Новиков В. В. Внутренняя картина болезни пациентов с параноидной шизофренией [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2015. № 4 (11). С. 71–80. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25217757>.

68. Насинник О. А., Юдин Ю. Б. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: Информационно-скрининговый пакет. Киев, 2000. 242 с.

69. Ніколаєва Г. С. Методи діагностики музичних здібностей учнів у дитячих музичних школах [Електронний ресурс]. Педагогічний та психологічний досвід: Освіта та розвиток обдарованої особистості. 2013. № 7. С. 80–82. URL: file:///C:/Users/User/Downloads/Otros_2013_7_21.pdf.

70. Новонароджені і ритм [Електронний ресурс]. Моя освіта. Опубліковано 24.11.2015. URL: <http://moyaosvita.com.ua/biologija/novonarodzheni-i-ritm/>.

71. Орлова Н. М. Ангедонія у пацієнтів з шизофренією // Укр. вісник психоневрол. 2009. № 2. С. 48–50.

72. Особенности межличностных отношений больных параноидной шизофренией с симптомами госпитализма / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина, Г. Г. Путятин // Тавр. журн. психиатрии. 2007. Т. 11, № 3. С. 24–29.

73. Осокина О. И. Возможности медикаментозного лечения и психотерапии в потенцировании ремиссии у пациентов на ранних стадиях шизофрении // Междунар. неврол. журн. 2015. № 5. С. 116–124.

74. Осокина О. И. Динамика вызванных потенциалов головного мозга как показателя эффективности реабилитации больных с ранними стадиями шизофрении // Междунар. неврол. журн. 2014. № 4. С. 155–162.

75. Осокіна О. І. Перший епізод психозу у хворих на шизофренію: клініко-психопатологічні, психологічні та екзистенційно-особистісні закономірності відновлення соціального функціонування: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Ін-т неврології, психіатрії та наркології НАМН України. Х., 2015. 38 с.

76. Островська О. І. Схема психологічного діагнозу при психічних захворюваннях на прикладі шизофренії // Психічне здоров'я. 2005. № 4. С. 60–65.

77. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М.: Медицина, 1975. 192 с.

78. Пирогов И. Ф. Факторы аутогенного обострения шизофреноподобных расстройств в дифференциально-диагностическом ракурсе // Междунар. неврол. журн. 2014. № 4. С. 107–113.

79. Полубоярина І. І. Вплив спадковості на розвиток музичної обдарованості // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія «Педагогіка, соціальна робота». Ужгород, 2011. Вип. 22. С. 125–127.

80. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». Наказ від 05.02.2007 № 59.

81. Рачкаускас Г. С. Психологічні особливості формування ремісії у хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами перебігу захворювання // Архів психіатрії. 2004. Т. 10, № 2. С. 255–258.

82. Рокутов С. В. Клинико-психопатологические особенности пограничных психических расстройств у лиц с нейросенсорной тугоухостью // Укр. вісник психоневрол. 2007. № 1. С. 86–89.

83. Ромаш І. Р. Динаміка антропометричних показників, показників вуглеводного, ліпідного та ферментного обміну у пацієнтів із параноїдною шизофренією при лікуванні // Галиц. лікар. вісник. 2015. Т. 22, № 4, ч. 2. С. 62–66.

84. Рюмке А. Психиатрия. Целостный взгляд: в 2 т. / пер. Б. Горбатько. К.: НАИРИ, 2010. Т. 1. 320 с.

85. Ряполова Т. Л. Ранняя реабилитация хворих на шизофренію (біопсихосоціальна модель): автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Ін-т неврології, психіатрії та наркології. Х., 2010. 35 с.

86. Сінча К. А. Клінічні особливості депресивних і парадепресивних проявів у хворих на шизофренію // Запорозж. мед. журн. 2016. № 1. С. 68–71.

87. Скиртач В., Періг О. Концепція суб'єкта в антипсихіатрії у філософському освітньому дискурсі // Вища освіта України. 2014. № 1. С. 34–39.

88. Смашна О. Є. Синдромогенез параноїдної шизофренії, коморбідної з соматичною патологією: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 «Психіатрія» / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2012. 18 с.

89. Сновида Л. Т., Венгер О. П. Характеристика хворих на шизофренію та питання інвалідації // Укр. вісник психоневрол. 2007. № 4. С. 68–72.
90. Сотніченко В. В. Медико-психологічні критерії якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 / Харк. мед. акад. післядиплом. освіти. Х., 2013. 18 с.
91. Степанова А. В. Сравнительный анализ психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. 2015. Т. 22, № 1. С. 47–50.
92. Стрельников К. Н. Функциональная асимметрия мозга при восприятии интонационных характеристик речи в норме и при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. № 2. С. 96–99.
93. СУМ-11 [«Словник української мови» в 11 томах. Академічний тлумачний словник (1970-1980) [Електронний ресурс]. URL: http://ukrlit.org/slovnnyk/slovnnyk_ukrainskoi_movy_v_11_tomakh/музикальний
94. Тихолаз В. О., Гумінський Ю. Й. Особливості кількісних дерматогліфічних показників у хворих на параноїдну форму шизофренії в умовах тривалого стаціонарного лікування // Тавр. мед.-биол. вестн. 2010. Т. 13, № 1. С. 188–192.
95. Уорнер Р. Шизофрения и среда: Инновации в лечебной практике, политике и в области массовой коммуникации. К.: Сфера, 2004. XV, 182 с.
96. Федосова Л. О. Нейропсихологічні детермінанти вищих психічних функцій у жінок, які страждають на галюцинаторно-маячні розлади: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка. К., 2013. 19 с.
97. Фільц О. О., Андрушків О. О., Кечур Р. В. Діагностика шизотипального розладу VS // Пробл. мед. науки та освіти. 2005. № 4. С. 49–52.
98. Харчук Е. В. Отношение к болезни у пациентов с сочетанием параноидной шизофрении и гипертонической болезни // Укр. мед. часопис. 2013. № 3. С. 157–159.

99. Чиждова С. А., Илиадин И. В., Еждов А. В. Арт-терапевтические методы психосоциальной реабилитации больных шизофренией // Укр. вісник психоневрол. 2010. № 3. С. 157.
100. Чуприков А. П., Педак А. А., Линёв А. Н. Шизофрения (клиника, диагностика, лечение): методическое пособие. Киев, 1999. 126 с.
101. Шизофрения / ред.: М. Мэй, Н. Сарториус; пер. с англ. Всемир. психиатр. асоц. "Принципы доказат. медицины и практика психиатрии". К.: Сфера, 2005. Т. 2. 472 с.
102. Шошина И. И., Шелепин Ю. Е., Новикова К. О. Исследование остроты зрения в условиях помехи у психически здоровых и больных шизофренией // Офтальмол. журн. 2014. № 4. С. 71–79.
103. Юрьева Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей / Днепрпетр. гос. мед. акад. К.; Д.: Новая идеология, 2010. 244 с.
104. Яновский Т. С. Соотношение, генотипические особенности и течение параноидной и непараноидной шизофрении (по материалам эпидемиологических исследований) // Психічне здоров'я. 2005. № 3. С. 37–39.
105. Яновський Т. С. Сучасний патоморфоз шизофренії (клініко-епідеміологічна та клініко-генетичне дослідження): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Укр. НДІ соц. і суд. психіатрії та наркології. К., 2007. 20 с.
106. Addington J., Goldstein B. I., Wang J. L. [et al.] Youth at-risk for serious mental illness: Methods of the PROCAN study. // BMC Psychiatry. 2018. Vol. 18, Art. 219. URL: <https://psycnet.apa.org/record/2018-33405-001>
107. Affective-prosodic deficits in schizophrenia: comparison to patients with brain damage and relation to schizophrenic symptoms [corrected] / E. D. Ross [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2001. Vol. 70. P. 597–604.
108. Altered hemispheric asymmetry and positive symptoms in schizophrenia: equivalent current dipole of auditory mismatch negativity / T. Youn [et al.] // Schizophr. Res. 2003. Vol. 59. P. 253–260.
109. Amusia and cognitive deficits in schizophrenia: Is there a relationship? / Y. Wen [et al.] // Schizophr. Res. 2014. Vol. 157, № 1–3. P. 60–62.

110. Amusia and protolanguage impairments in schizophrenia [Electronic resource] / J. T. Kantrowitz [et al.]. Volume 44, Issue 13 (October 2014). P. 2739–2748. URL: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/amusia-and-protolanguage-impairments-in-schizophrenia/34CFA32D22DDD1F1C009B945156F0056>.

111. Andreasen N. Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1982. Vol. 39. P. 784–788.

112. Andreasen N. C., Arndt S., Flaum M. Symptoms of schizophrenia: methods, meanings and mechanisms // *J. Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. Vol. 52. P. 341–351.

113. An examination of social cognition, neurocognition, and symptoms as predictors of social functioning in schizophrenia / D. R. Combs [et al.] // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 128. P. 177–178.

114. Are auditory-evoked frequency and duration mismatch negativity deficits endophenotypic for schizophrenia? High-density electrical mapping in clinically unaffected first-degree relatives and first-episode and chronic schizophrenia / E. Magno [et al.] // *Biol. Psychiatry*. 2008. Vol. 64. P. 385–391.

115. Armenteros J. L., Fenneii B. W., Hallin A. Schizophrenia in hospitalized adolescent: clinical diagnosis DSM-III-R, DSM-IV, and ICD-10 criteria // *J. Psychopharmacol. Bul.* 1995. Vol. 31, № 12. P. 383–387.

116. Asaridou S. S., McQueen J. M. Speech and music shape the listening brain: evidence for shared domain-general mechanisms // *Frontiers Psychol.* 2013. № 4. P. 321.

117. Asarnow R. F., Nuechterlein K. H. Schizophrenia and schizophrenia-spectrum personality disorders in the first-degree relatives of children with schizophrenia: the UCLA family study // *J. Arch. Gen. Psychiatry*. 2001. Vol. 58, № 6. P. 581–588.

118. Auditory emotion recognition impairments in Schizophrenia: Relationship to acoustic features and cognition / R. Gold [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2012. Vol. 169. P. 424–432.

119. Ayotte J., Peretz I., Hyde K. Congenital amusia: A group study of adults afflicted with a music-specific disorder // *Brain*. 2002. Vol. 125, № 2. P. 238–251.
120. Barrera A., McKenna P. J., Berrios G. E. Formal thought disorder, neuropsychology and insight in schizophrenia // *Psychopathology*. 2009. Vol. 42. P. 264–269.
121. Berrios G. E. Musical Hallucinations: A Statistical Analysis of 46 Cases // *Psychopathology*. 1991. Vol. 24. P. 356–360.
122. Bertelsen M., Jeppesen P., Petersen L. 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. Arch. Gen. Psychiatry*. 2008. Vol. 65, № 7. P. 762–771.
123. Berze J. Psychologie der schizophrenen Prozesse und schizophrenen Defekt-Symptome // *Wien. med. Wschr.* 1929. S. 139–141.
124. Biedermann F., Frajo-Apor B., Hofer A. Theory of mind and its relevance in schizophrenia // *Current Opinion Psychiatry*. 2012. Vol. 25. P. 71–75.
125. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin, 1930.
126. 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. Vol. 36. P. 491–500.
127. Brain Potential Evidence for an Auditory Sensory Memory Deficit in Schizophrenia / V. C. Stanley [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 1995. Vol. 152, № 2. P. 213–219.
128. Characterization of deficits in pitch perception underlying "tone deafness" / Foxton J. M. [et al.] // *Brain*. 2004. Vol. 127, № 4. P. 801–810.
129. Cheang H. S., Pell M. D. The sound of sarcasm // *Speech Communication*. 2008. Vol. 50. P. 366–381.
130. Cognitive and clinical predictors of functional capacity in patients with first episode schizophrenia / L. Vesterager [et al.] // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 141. P. 251–256.

131. Cognitive dimensions in first-episode schizophrenia spectrum disorders / C. González-Blanch [et al.] // *J. Psychiatr. Res.* 2007. Vol. 41. P. 968–977.
132. Conde T., Gonçalves O. F., Pinheiro A. P. A Cognitive Neuroscience View of Voice-Processing Abnormalities in Schizophrenia: A Window into Auditory Verbal Hallucinations? // *Harvard Rev. Psychiatry.* 2016. Vol. 24, № 2. P. 148–163.
133. Contribution of impaired early-stage visual processing to working memory dysfunction in adolescents with schizophrenia: a study with event-related potentials and functional magnetic resonance imaging / C. Haenschel [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007. Vol. 64. P. 1229–1240.
134. Cortical deafness to dissonance / I. Peretz [et al.] // *Brain.* 2001. Vol. 124. P. 928–40.
135. Cortical responsiveness during talking and listening in schizophrenia: an event-related brain potential study / J. M. Ford [et al.] // *Biol. Psychiatry.* 2001. Vol. 50. P. 540–549.
136. Das P., Calhoun V., Malhi G. S. Mentalizing in male schizophrenia patients is compromised by virtue of dysfunctional connectivity between task-positive and task-negative networks // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 140. P. 51–58.
137. Deficits in sensory gating in schizophrenic patients and their relatives / C. Siegel [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1984. Vol. 41. P. 607–612.
138. Devrim-Uçok M., Keskin-Ergen H. Y., Uçok A. Mismatch negativity at acute and post-acute phases of first-episode schizophrenia // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2008. Vol. 258. P. 179–185.
139. Differential relationships of mismatch negativity and visual p1 deficits to premorbid characteristics and functional outcome in schizophrenia / T. Friedman [et al.] // *Biol. Psychiatry.* 2012. Vol. 71. P. 521–529.
140. Disturbances of affective prosody in patients with schizophrenia: a cross sectional study / A. F. Leentjens [et al.] // *J. Neurol., Neurosurg., Psychiatry.* 1998. Vol. 64. P. 375–378.

141. Duration of untreated psychosis and cognitive deterioration in first-episode schizophrenia / G. P. Amminger, J. Edwards, W. J. Brewer [et al.] // *Schizophr. Res.* 2002. Vol. 54. P. 223–230.
142. Edwards J., Jackson H. J., Pattison P. E. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review // *Clin. Psychol. Rev.* 2002. Vol. 22. P. 789–832.
143. Effect of nicotine and stage 2 sleep on auditory P50 gating in schizophrenia / J. M. Griffith [et al.] // *Biol. Psychiatry.* 1996. Vol. 39. P. 652.
144. Electrophysiological indices of automatic and controlled auditory information processing in first-episode, recent-onset and chronic schizophrenia / D. S. Umbricht, [et al.] // *Biol. Psychiatry.* 2006. Vol. 59. P. 762–772.
145. Evaluating historical candidate genes for schizophrenia / M. S. Farrell [et al.] // *Molecular Psychiatry.* 2015. Vol. 20, № 5: P. 555–62. Doi:10.1038/mp.2015.16
146. Facial affect and affective prosody recognition in first-episode schizophrenia / J. Edwards [et al.] // *Schizophr. Res.* 2001. Vol. 48. P. 235–53.
147. Facial emotion processing in patients with schizophrenia and their non-psychotic siblings: a functional magnetic resonance imaging study / H. J. Li [et al.] // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 134. P. 143–150.
148. Fenton W., McGlashan T. Testing systems for assessment of negative symptoms in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992. Vol. 49. P. 179–184.
149. Fitch W. T. The biology and evolution of music: a comparative perspective. *Cognition.* 2006. Vol. 100. P. 173–215.
150. Foussias G., Remington G. Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36, № 2. P. 359–369.
151. Fry D. B. An experimental study of tone deafness. *Speech,* 1948. P. 1–7.
152. Gaebel W., Zielasek J. Schizophrenia in 2020: Trends in diagnosis and therapy [Electronic resource] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2015. Vol. 69, Iss. 11. P. 661–673. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/pcn.12322>.
153. Galant-Swafford J., Bota R. Musical Hallucinations in Schizophrenia // *Ment Illn.* 2015. Vol. 7, No 1. P. 26–27. Doi: [10.4081/mi.2015.6065]

154. Gebhardt S., Von Georgi R. The change of music preferences following the onset of a mental disorder // *Ment Illn.* 2015. № 7. P. 21–25. Doi: [10.4081/mi.2015.6065]

155. Geher G., Miller G. *Mating Intelligence: Sex, Relationships, and the Mind's Reproductive System* [Electronic resource]. Psychology Press, 2012. 480 p. URL:

https://books.google.com.ua/books?hl=uk&lr=&id=wpGbZ68sKaQC&oi=fnd&pg=PA193&dq=olute+pitch+and+schizophrenia&ots=xhtwTgVwKx&sig=qTivmIjyocNHCTmJkCnExy-evbA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

156. *Getting the Cue: Sensory Contributions to Auditory Emotion Recognition Impairments in Schizophrenia* / D. I. Leitman [et al.] // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 545–556.

157. Gillis A., Lascelles C. F., Crone N. A comparison of rhythmic and non-rhythmic music in chronic schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 1958. Vol. 114. P. 1111–1112.

158. Gordon Edwin E. *Musical Aptitude Profile (Grades 5-12)* [Electronic resource]. GIA Publications, Inc. Music education for life. URL: <https://www.giamusic.com/products/P-musicaptitudeprofile.cfm>.

159. Grant P. M., Beck A. T. Asocial beliefs as predictors of asocial behavior in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2010. Vol. 177. P. 65–70.

160. Green M., Leitman D. Social cognition in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34. P. 670–672.

161. Gregersen P. K., Kowalsky E. *Absolute Pitch and Synesthesia* [Electronic resource]. Feinstein Institute of Medical Research: Northwell Health, 2018. URL: <https://www.feinsteininstitute.org/robert-s-boas-center-for-genomics-and-human-genetics/projects/genetics-and-epidemiology-of-absolute-pitch-and-related-cognitive-traits/>.

162. Haigh S. M., De Matteis M., Brian A. et al. Coffman Mismatch negativity to pitch pattern deviants in schizophrenia // *Eur. J. Neurosci.* 2017. Vol. 46, № 6. P. 2229–2239.

163. Henry M. J., McAuley J. D. On the prevalence of congenital amusia // *Music Perception*. 2010. Vol. 27. P. 413–418.
164. Herholz S. C., Zatorre R. J. Musical training as a framework for brain plasticity: behavior, function, and structure // *Neuron*. 2012. Vol. 76. P. 486–502.
165. Hinzen W., Rosselló J. The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms // *Front Psychol*. 2015. Vol. 6. Art. 971. P. 1–17. Doi: [10.3389/fpsyg.2015.00971].
166. Hope J., Keks N. Chronic schizophrenia and the role of the general practitioner // *Mental illness*. 2015. Vol. 44, No 11. P. 802–808.
167. 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. Vol. 64. P. 832–834.
168. Impaired musical ability in people with schizophrenia / S. Hatada [et al.] // *J. Psychiatry Neuroscience*. 2013. Vol. 38. P. 120–207.
169. Impaired categorical perception of synthetic speech sounds in schizophrenia / A. Cienfuegos [et al.] // *Biol. Psychiatry*. 1999. Vol. 45. P. 82–88.
170. Impaired comprehension of affective prosody in elderly subjects is not predicted by age-related hearing loss or age-related cognitive decline / D. M. Orbelo [et al.] // *J. Geriatric Psychiatry Neurol*. 2005. Vol. 18. P. 25–32.
171. Impaired MMN/P3a complex in first-episode psychosis: Cognitive and psychosocial associations / D. F. Hermens [et al.] // *Progress Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2010. Vol. 34, № 6. P. 822–829.
172. Impaired perception of affective prosody in schizophrenia / V. P. Bozikas [et al.] // *J. Neuropsych. Clin. Neurosci*. 2006. Vol. 18. P. 81–85.
173. Impaired pitch perception and memory in congenital amusia: the deficit starts in the auditory cortex / P. Albouy [et al.] // *Brain*. 2013. Vol. 136. P. 1639–1661.
174. Impaired recognition and expression of emotional prosody in schizophrenia: review and meta-analysis / M. Hoekert [et al.] // *Schizophr. Res*. 2007. Vol. 96. P. 135–145.

175. Impaired sensory processing as a basis for object-recognition deficits in schizophrenia / G. M. Doniger [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2001. Vol. 158, № 11. P. 1818–1826.
176. Impaired sensory processing in male patients with schizophrenia: a magnetoencephalographic study of auditory mismatch detection / I. Kreitschmann-Andermahr [et al.] // *Schizophr. Res.* 1999. Vol. 35. P. 121–129.
177. Intellectual deficits in first-episode schizophrenia: evidence for progressive deterioration / R. M. Bilder [et al.] // *Schizophr. Bull.* 1992. Vol. 18. P. 437–448.
178. International Classification of Diseases (ICD). World Health Organization. 2010.
179. Jahshan C., Wynn J. K., Green M. F. Relationship between auditory processing and affective prosody in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2013. Vol. 143. P. 348–353.
180. Javitt D. C., Freedman R. Sensory Processing Dysfunction in the Personal Experience and Neuronal Machinery of Schizophrenia [Electronic resource] // *Am. J. Psychiatry*. 2015. URL: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2014.13121691>.
181. Jespersen O. *Language: Its Nature, Development and Origin*. New York: W. W. Norton & Co., 1922. 290 p.
182. Jonsson C. O., Sjostedt A. Auditory perception in schizophrenia: a second study of the Intonation Test // *Acta Psychiatr. Scand.* 1973. Vol. 49. P. 588–600.
183. Juslin P., Laukka P. Communication of emotions in vocal expression and music performance: different channels, same code? // *Psychol. Bull.* 2003. Vol. 129. P. 770–814.
184. Kaiser. T., Feng G. Modeling psychiatric disorders for developing effective treatments // *Nature Med.* 2015. 21. P. 979–988.
185. Källstrand J. Lateral asymmetry and reduced forward masking effect in early brainstem auditory evoked responses in schizophrenia / J. Källstrand [et al.] // *J. Psychiatry Res.* 2012. Vol. 196. P. 188–193.

186. Kaplan H. I., Sadock B. J. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998. 1401 p.
187. Kaplan H. I., Sadock B. J., Sadock V. A. Comprehensive textbook of psychiatry. In 2 vols. – 8th ed. Philadelphia; Baltimore; New York: Lippincott Williams Wilkins, 2005. Vol. 1. P. 1–2054; Vol. 2. P. 2055–4064.
188. Kay J. Psychiatry: behavioral science and clinical essentials. Philadelphia; London; Toronto; Montreal; Sydney; Tokyo: W. B. Saunders Company, 2000. 707 p.
189. Keller A., Castellanos F. X. Progressive loss of cerebellar volume in childhood-onset schizophrenia // *J. Am. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 160. P. 128–133.
190. Kerkova B. Perception and experience of musical emotions in schizophrenia [Electronic resource]. *Psychology of Music*, 2018. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0305735618792427?journalCode=poma>
191. Klinisk psykoakustik kan geobjektiv diagnos vid schizofreni (Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia) / S. Nielzén [et al.] // *Läkartidningen*. 2004. Vol. 101. P. 1376–1379.
192. Kostyuchenko N., Filts O. Paranoid schizophrenia negative symptoms features in case of presence of musical ear // «EUREKA: Health Sciences». 2018. № 3. P. 54-60.
193. Lawrence R. E., First M. B., Lieberman J. A. Schizophrenia and Other Psychoses. *Psychiatry*: 4th ed. John Wiley & Sons, Ltd. 2015. Chap. 48. P. 798–819.
194. Liberman R., Kopelowicz A., Smith T. Psychiatric rehabilitation. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999. P. 3218–3245.
195. Longitudinal associations between mismatch negativity and disability in early schizophrenia and affective-spectrum disorders / M. Kaur [et al.] // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry*. 2013. Vol. 46. P. 161–169.
196. Mazurkiewicz J. *Zarys psychiatrii psychofizjologicznej*. Warszawa, 1980. S. 83.

197. Mentalizing impairment in schizophrenia: a functional MRI study / P. Das [et al.] // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 134. P. 158–164.

198. Michael J. Silverman Forty Years of Case Studies: A History of Clinical Case Studies in the *Journal of Music Therapy, Music Therapy, and Music Therapy Perspectives* // *Music Therapy Perspectives*. 2006. Vol. 24, № 1. P. 4–12.

199. Mismatch negativity in chronic schizophrenia and first-episode schizophrenia / D. F. Salisbury [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002. Vol. 59. P. 686–694.

200. Mismatch negativity and p3a/reorienting complex in subjects with schizophrenia or at-risk mental state / Y. Higuchi [et al.] // *Front. Behav. Neurosci.* 2014. 8. P. 172.

201. Mismatch negativity, social cognition, and functioning in schizophrenia patients / J. K. Wynn [et al.] // *Biol. Psychiatry*. 2010. Vol. 67. P. 940–947.

202. MMN/P3a deficits in first episode psychosis: comparing schizophrenia-spectrum and affective-spectrum subgroups / M. Kaur [et al.] // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 130. P. 203–209.

203. Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders / K. Mossler [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011. Issue 12, Art. No. CD004025.

204. Musical difficulties are rare: a study of "tone deafness" among university students / L. L. Cuddy [et al.] // *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2005. Vol. 1060. P. 311–324.

205. Näätänen R. The role of attention in auditory information processing as revealed by event-related potentials and other measures of cognitive function // *Behav. Brain. Sci.* 1990. Vol. 13. P. 201–288.

206. 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.

207. Nazzi T., Bertoncini J., Mehler J. Language discrimination by newborns: toward an understanding of the role of rhythm // *J. Exp. Psychol. Hum. Percept. Perform.* 1998. Vol. 24, № 3. P. 756–766.

208. Neuropsychological deterioration and CT scan findings in chronic schizophrenia / R. M. Bilder [et al.] // *Schizophr. Res.* 1988. № 1. P. 37–45.

209. Nielzén S. An objective diagnostic decision support for schizophrenia // *J. Europ. Psychiatry*. 2007. Vol. 22, Suppl. 1. P. 86.

210. Nielzén S., Källstrand J., Larsson L. Clinical psychoacoustics can support an objective diagnosis of schizophrenia // *J. Lakartidningen*. 2004. Vol. 101. P. 15–16.

211. Nielzén S., Olsson O., Källstrand J. Psychoacoustics & Schizophrenia // *J. Der Nervenarzt*. 2008. V. 79. P. 193.

212. Newborn infants detect the beat in music [Electronic resource] / I. Winkler [et al.]. PNAS published ahead of print January 26, 2009. URL: <http://www.pnas.org/content/early/2009/01/26/0809035106>.

213. Not Pitch Perfect: Sensory Contributions to Affective Communication Impairment in Schizophrenia / D. I. Leitman [et al.] // *Biological Psychiatry*. 2011. Vol. 70. P. 611–618.

214. Paraskevopoulos E., Tsapkini K., Peretz I. Cultural aspects of music perception: Validation of a Greek version of the Montreal Battery of Evaluation of Amusias. 2010. Vol. 16, № 4. P. 695–704.

215. Pavlicevic M., Trevarthen C., Duncan J. Improvisational Music Therapy and the Rehabilitation of Persons Suffering from Chronic Schizophrenia // *J. Music Therapy*. 1994. Vol. 31, № 2, P. 86–104.

216. Perceptual training strongly improves visual motion perception in schizophrenia / D. J. Norton [et al.] // *Brain Cognition*. 2011. Vol. 77. P. 248–256.

217. Peretz I., Cummings S., Dubé and M.-P. The Genetics of Congenital Amusia (Tone Deafness): A Family-Aggregation Study // *Am. J. Hum. Genet.* 2007. Vol. 81, № 3. P. 582–588.

218. Peretz I., Champod A. S., Hyde K. Varieties of musical disorders. The Montreal Battery of Evaluation of Amusia // *Ann. NY Acad. Scien.* 2002. Vol. 999. P. 58–75.

219. Pitch and duration mismatch negativity, auditory cortex gray matter, and prodromal role functioning in the first episode schizophrenia spectrum / D. Salisbury A. Shafer B. Coffman [et al.] // *Schizophr. Bull.* 2018. Vol. 44, suppl. 1. P. 288.

220. Progressive and interrelated functional and structural evidence of post-onset brain reduction in schizophrenia / D. F. Salisbury [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007. Vol. 64. P. 521–529.

221. Pitch and Duration Mismatch Negativity and Premorbid Intellect in the First Hospitalized Schizophrenia Spectrum / D. F. Salisbury [et al.] // *Schizophr. Bull.* 2017. Vol. 43, № 2. P. 407–416.

222. Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder predict creativity / R. A. Power [et al.] // *Nature Neuroscience.* 2015. Vol. 18. P. 953–955.

223. Positive and negative symptom response to clozapine in schizophrenic patients with and without the deficit syndrome / R. Buchanan [et al.] // *Am. J. Psychiatry.* 1998. Vol. 155. P. 751–760.

224. Prevalence, demographic, clinical features and its association of comorbid depressive symptoms in patients with schizophrenia / S. P. Sari [et al.] // *International Journal of Psychosocial Rehabilitation.* 2017. Vol. 21 (2) P. 99-110.

225. Prognostic value of cognitive functioning for global functional recovery in first-episode schizophrenia / C. González-Blanch [et al.] // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 935–944.

226. Progressive decrease of left Heschl gyrus and planum temporale gray matter volume in first-episode schizophrenia: a longitudinal magnetic resonance imaging study / K. Kasai [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003. Vol. 60. P. 766–775.

227. Reduction in tonal discriminations predicts receptive emotion processing deficits in schizophrenia and schizoaffective disorder / J. T. Kantrowitz [et al.] // *Schizophr. Bull.* 2013. Vol. 39. P. 86–93.

228. Sarkar S., Hillner K., Velligan D. Conceptualization and treatment of negative symptoms in schizophrenia // *World J Psychiatry.* 2015. Vol. 5, № 4. P. 352–361. Doi: [10.5498/wjp.v5.i4.352]

229. Schizophrenia, culture and neuropsychology: sensory deficits, language impairments and social functioning in Chinese-speaking schizophrenia patients / L. Yang [et al.] // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42. P. 1485–1494.
230. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4 / A. Sekar [et al.] // *Nature*. 2016. Vol. 530. P. 177–183.
231. Sensory information processing in neuroleptic-naive first-episode schizophrenic patients: a functional magnetic resonance imaging study / D. F. Braus [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002. Vol. 59. P. 696–701.
232. Silverstein S. M., Rosen R. 2015. Schizophrenia and the eye // *Schizophrenia Research: Cognition*. Vol. 2, Iss. 2. P. 46–55.
233. Skelly C. G., Haslerud G. M. Music and the general activity of apathetic schizophrenics // *J. Abnormal Psychol.* 1952. Vol. 47. P. 188–192.
234. Sloboda J. A., Wise K. J., Peretz I. Quantifying tone deafness in the general population // *Ann. NY Acad. Scien.* 2005. Vol. 1060. P. 255–261.
235. Solli H. P. “Shut Up and Play!” Improvisational Use of Popular Music for a Man with Schizophrenia // *Nordic J. Music Therapy*. 2008. Vol. 17, Issue 1. P. 67–77.
236. Strauss J. Negative Symptoms: Future Development of the Concept // *Schizophr. Bull.* 1985. Vol. 11. P. 457–460.
237. The deficit syndrome in schizophrenia: implications for the treatment of negative symptoms / C. Arango [et al.] // *Eur. Psychiatr.* 2004. Vol. 19. P. 21–26.
238. The effects of music relaxation on sleep quality and emotional measures in people living with schizophrenia / B. Bloch [et al.] // *J. Music Therapy*. 2010. Vol. 47. P. 27–52.
239. The 5% difference: early sensory processing predicts sarcasm perception in schizophrenia and schizo-affective disorder / J. T. Kantrowitz [et al.] // *Psychological Medicine*. 2004. Vol. 44. P. 25–36.
240. The 4-Item. Negative Symptom Assessment (NSA-4) Instrument / A. Larry [et al.] // *Psychiatry (Edgmont)*. 2010. Vol. 7, № 7. P. 26–32.
241. The influence of emotion clarity on emotional prosody identification in paranoid schizophrenia / D. R. Bach [et al.] // *Psychol. Med.* 2009. Vol. 39. P. 927–938.

242. The iPSYCH2012 case-cohort sample: new directions for unravelling genetic and environmental architectures of severe mental disorders / C. B. Pedersen, J. Bybjerg-Grauholm, M. G. Pedersen [et al.] // *Molecular Psychiatry*. 2018. Vol. 23. P. 6–14. URL: <https://www.nature.com/articles/mp2017196>

243. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis / A. K. Fett [et al.] // *Neurosci Biobehav. Rev.* 2011. Vol. 35. P. 573–588.

244. The Role of Psychoacoustics for the Research on Neuropsychiatric states – Theoretical Basis of the S-Detect method / S. Nehlstedt Nielzén [et al.] // *Publications from The Sound Environmental Centre at Lund University, Report No 8: Sound mind and emotion, Research and aspects* / ed. Frans Mossberg. Lund, 2009.

245. The “3 Rs” and neuropsychological function in schizophrenia: an empirical test of the “matching fallacy” / W. S. Kremen [et al.] // *Neuropsychology*. 1996. Vol. 10. P. 22–31.

246. Ulrich G., Houtmans T., Gold C. The additional therapeutic effect of group music therapy for schizophrenic patients: a randomized study [Electronic resource] // *Acta Psychiatr. Scan.* 2007. Vol. 116, № 5. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.2007.01073.x>.

247. Umbricht D., Krljes S. Mismatch negativity in schizophrenia: a meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2005. Vol. 76. P. 1–23.

248. Validation of a 4-item Negative Symptom Assessment (NSA-4): a short, practical clinical tool for the assessment of negative symptoms in schizophrenia / L. Alphs [et al.] // *Psychiatric Res.* 2011. Vol. 20, № 2. P. e31–e37.

249. Weight gain and obesity in schizophrenia: epidemiology, pathobiology, and management / P. Manu [et al.] // *Acta psychiatrica scandinavica*. 2015. P. 97–108. Doi: 10.1111/acps.12445.

250. What rhythmic perception and amusia can tell us about vocal social communication in schizophrenia [Electronic resource] / Mitchell R. L. C. [et al.]. *BioRxiv*, 2016. URL: <https://www.biorxiv.org/content/early/2016/12/07/092098>.

251. World Health Organization. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems [Electronic resource]. Tenth Revision. Version: 2015. URL: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F20-F29>.

252. Winkler I. Interpreting the mismatch negativity // J. Psychophysiol. 2007. Vol. 21. P. 147–163.

253. Yinger, O. S., Gooding, L. F. A systematic review of music-based interventions for Procedural Support // Journal of Music Therapy. 2015. Vol. 52, № 1. P. 1–77.

ДОДАТОК А

Акти впровадження до Комунального закладу Львівської обласної ради
«Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер»

«Затверджую»

в.о. головного лікаря
КЗ ЛОР «Львівський обласний
клінічний психоневрологічний диспансер»
Т.Б.Торопова



2019 р.

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження:

Алгоритм диференційної діагностики і прогнозу перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу на основі визначення фактору наявності/відсутності музичного слуху. Запропонований діагностичний алгоритм спрощує та удосконалює системи діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності ранніх ознак захворювання, дає змогу підвищити ефективність діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із цими хворобами.

2. Установа, її адреса та виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська 69, Костюченко Н.В.

3. Джерело інформації: дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Відмінності клінічного перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності та відсутності музичного слуху»; Костюченко Н. В., Фільц О. О. Первинний психотичний епізод: підходи до ранньої діагностики та прогнозу захворювання // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2015. №1 (27). С.46-50.

4. Установа, в якій здійснено впровадження: Комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер".

5. Термін впровадження: з 22.07.2019 р. до 30.09.2019 р.

6. Ефективність впровадження: забезпечення ранньої діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка відділенням №2

КЗ ЛОР ЛОКПНД

Л.О.Самсонова

«Затверджую»

в.о головного лікаря
КЗ ЛОР «Львівський обласний
клінічний психоневрологічний диспансер»

Т.Б.Торопова



07

2019 р.

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження:

Алгоритм диференційної діагностики і прогнозу перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу на основі визначення фактору наявності/відсутності музичного слуху. Запропонований діагностичний алгоритм спрощує та удосконалює системи діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності ранніх ознак захворювання, дає змогу підвищити ефективність діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із цими хворобами.

2. Установа, її адреса та виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська 69, Костюченко Н.В.

3. Джерело інформації: дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Відмінності клінічного перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності та відсутності музичного слуху»; Костюченко Н. В., Фільц О. О. Рівень та якісний склад позитивної симптоматики за шкалою PANSS у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом залежно від психоакустичних здібностей // Архів психіатрії. 2018. № 3. С.142-145.

4. Установа, в якій здійснено впровадження: Комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський обласний клінічний психоневрологічний диспансер".

5. Термін впровадження: з 22.07.2019 р. до 30.09.2019 р.

6. Ефективність впровадження: забезпечення клінічної діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка відділенням №1

КЗ ЛОР ЛОКПНД

І.Є. Горинюк

ДОДАТОК Б

Акт впровадження до Комунального неприбуткового підприємства Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

«Затверджую»

в.о генерального директора
КНП ЛОР «Львівська обласна
клінічна психіатрична лікарня»



А.З.Маланчук

« 18 » 07 2019 р.

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження:

Алгоритм диференціальної діагностики та прогнозу перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу на основі визначення фактору наявності/відсутності музичного слуху. Запропонований діагностичний алгоритм спрощує та удосконалює системи діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності ранніх ознак захворювання, дає змогу підвищити ефективність діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із цими хворобами.

2. Установа, її адреса та виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська 69, Костюченко Н.В.

3. Джерело інформації: дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Відмінності клінічного перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності та відсутності музичного слуху»; Костюченко Н. В., Фільц О. О. Музичний слух у пацієнтів з параноїдною шизофренією та шизоафективним розладом: методика визначення та результати // Вісник наукових досліджень. 2018. № 3. С. 76-79. DOI: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9224>.

4. Установа, в якій здійснено впровадження: КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня».

5. Термін впровадження: з 22.07.2019 р. до 30.09.2019 р.

6. Ефективність впровадження: забезпечення ранньої діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка відділенням №3
КНП ЛОР ЛОКПЛ


Л.Р.Гречуха

ДОДАТОК В

Акт впровадження до Комунального неприбуткового підприємства Львівської обласної ради «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

«Затверджую»

в.о генерального директора
КНП ЛОР «Львівська обласна
клінічна психіатрична лікарня»


А.З.Маланчук
« 22 » 07 2019 р.

Акт впровадження

1. Назва пропозиції для впровадження:

Алгоритм диференціальної діагностики та прогнозу перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу на основі визначення фактору наявності/відсутності музичного слуху. Запропонований діагностичний алгоритм спрощує та удосконалює системи діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності ранніх ознак захворювання, дає змогу підвищити ефективність діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із цими хворобами.

2. Установа, її адреса та виконавці: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, 79010, м. Львів, вул. Пекарська 69, Костюченко Н.В.

3. Джерело інформації: дисертаційне дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія «Відмінності клінічного перебігу параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу при наявності та відсутності музичного слуху»; Костюченко Н. В., Фільц О. О. Особливості психоакустики як диференційно-діагностичного критерію шизоафективного розладу та параноїдної шизофренії на ранніх етапах виникнення // Вісник Вінницького НМУ. 2018. № 2. С.168-172.

4. Установа, в якій здійснено впровадження: КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня».

5. Термін впровадження: з 22.07.2019 р. до 30.09.2019 р.

6. Ефективність впровадження: забезпечення ранньої діагностики параноїдної шизофренії та шизоафективного розладу.

7. Зауваження, пропозиції: не має.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка відділенням №12
КНП ЛОР ЛОКПЛ



Л.Д.Гуль