

также расстройства ассоциаций: неясность, бесцельность. Шизофреник не слабоумен вообще, но он слабоумен по отношению к определенному моменту, определенной констелляции, определенным комплексам. Такое понимание E. Bleuler, соответствует психическому регрессу психики, как защитному механизму от большего повреждения личности. И при наличии экзогенно – органических расстройств усиливает процесс нарастания Dementia praecox.

ИССЛЕДОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С РАЗНОЙ ЛАТЕРАЛИЗАЦИЕЙ ОЧАГА ЭПИАКТИВНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ВИСКОНСИНСКОГО ТЕСТА)

Т.И. Медведева, М.С. Ковязина, А.А. Земляная

МГУ им. М.В.Ломоносова, г. Москва
Московский НИИ психиатрии

E-mail авторов: ombrat@gmail.com

Проведенное исследование направлено на анализ особенностей мышления у больных с очагами эпиактивности различной локализации и латерализации. Все больные выполняли компьютерный вариант теста Wisconsin Card Sorting Test: Computer Version – 2 Research Edition by Robert K. Heaton (n=42). Контрольная группа – здоровые люди (n=35).

Для более точного анализа кроме *стандартных параметров теста* были выделены дополнительные, отражающие особенности мыслительной деятельности, связанные с программированием и контролем, динамическими и операциональными ее аспектами. Дополнительные параметры для оценки функций программирования и контроля: время на один правильный выбор/время на один неправильный выбор; время после правильного/время после неправильного ответа; время после неоднозначного положительного ответа /время после неоднозначного отрицательного ответа; время после однозначного положительного ответа / время после однозначного отрицательного ответа. Дополнительные динамические параметры: среднее время одного ответа; время первых 20 ходов/время последних 20 ходов; время первых 2 ответов / среднее время ответа; персевераторные ошибки / все ошибки; последующие персевераторные ответы. Дополнительные операциональные параметры: время на одну категорию С(цвет); время на одну категорию F(форма); время на одну категорию N (количество элементов); ходов на одну категорию С; ходов на одну категорию F; ходов на одну категорию N; время на категорию С / среднее время на категорию; время на категорию F / среднее время на категорию; время на категорию N / среднее время на категорию; ходов на соб-

ранную категорию F/ ходов на собранную категорию по N; ошибок выбора С (при другом правиле) / всего ошибок; ошибок выбора F (при другом правиле) / всего ошибок; ошибок выбора N(при другом правиле) / всего ошибок; персевераций по С / всего персевераций; персевераций по F / всего персевераций; персевераций по N / всего персевераций; количество выборов правой карточки / количество выборов левой карточки.

Экспериментальная выборка была разделена на две части: больные со «сниженным» выполнением теста (собрали меньше 6 категорий) и больные с «успешным» выполнением теста (собрали 6 категорий). Такое разделение позволило увидеть особенности операциональной стороны мышления при сохранных функциях программирования и контроля. Нарушения программирования, контроля и динамических характеристик мыслительной деятельности статистически значимо проявились на выборке со «сниженным» выполнением, а операциональных характеристик - на «успешной» выборке.

Мышления больных эпилепсией отличалось от мышления здоровых испытуемых замедленностью и тугоподвижностью. Сравнение экспериментальной и контрольной групп выявило статистически значимые различия по всем показателям выполнения теста, связанным со скоростью выполнения (p<0,001). Параметр «количество персевераций» не дал различий, хотя считается одним из самых чувствительных, отражающих инертность мышления, трудности переключения на новый способ решения. В группе больных со «сниженным» выполнением получены статистически значимые различия (p<0,001) по параметру «персеверации» между группой здоровых испытуемых и группой больных с очагом в левой лобной области. Также в этой группе были выявлены латеральные особенности: больным с левосторонними очагами труднее планировать свои действия, контролировать результаты выполнения задания в отличие от больных с правополушарными очагами и от группы здоровых испытуемых (p<0,05). Так, больные с очагом в левой лобной области затрачивали на правильный и неправильный выбор примерно одинаковое время, больные с очагом в правой лобной области тратили на неправильный выбор больше времени, чем на правильный. На фоне общей замедленности, больные с очагом в левой лобной области почти не ускорялись к концу выполнения, у них не было вработываемости в задание. Больше всего ускорялись больные с очагом в правой лобной области. Для группы больных с левосторонними очагами была отмечена корреляция между показателем вработываемости и продуктивностью выполнения теста (чего не было отмечено для других групп испытуемых). Это позволяет сделать вывод о том, что такая замедленность в конце выполнения теста напрямую не связана с пониманием принципа решения, а является следствием

нейродинамических особенностей мыслительной деятельности больных. Больные с очагом в правой лобной области ускорялись значительно больше, чем все остальные группы больных и группа здоровых испытуемых. Для этой группы больных показатель вработываемости коррелировал с количеством потерянных категорий. Тот, кто больше ускорялся, больше ошибался и прерывал начатую серию. Можно предположить, что это является проявлением импульсивности. Больным с очагом в левой височной области труднее удерживать правильный критерий решения, и они чаще прерывают уже начатые категории. Прерывание категорий связано с переключением на другое правило после появления карточки, по которой они делали неоднозначный выбор, либо они делали бессмысленный ход, который не соответствовал никакому правилу. Можно предположить, что карточка с неоднозначным выбором выполняла роль интерферирующего воздействия, и больные не удерживали в памяти критерий, по которому они собирали категорию. Факт, что наибольшее количество потерянных категорий было у больных с очагом в левой височной области ($p < 0,05$), может объясняться тем, что для удержания правильного критерия используется слухоречевая память. Выполнение теста больными с правополушарными очагами было близко к группе здоровых испытуемых.

Анализ операциональной стороны мышления проводился на группе с «успешным» выполнением. Так, больные с очагами в левой лобной и правой лобной областях различаются по легкости / сложности, с какой они собирают категорию в зависимости от текущего правила. Больным с очагом в правой лобной области труднее обрабатывать признак количества элементов на карточке ($p = 0,004$), но легче форму одного элемента. Вероятно, что количество элементов в пределах 1-4 распознается непосредственным холистическим схватыванием пространственной конфигурации, что может нарушаться при очагах в правом полушарии. А распознавание геометрической формы отдельных элементов требует выделения и распознавания фрагмента карточки, что вызывает затруднения при нарушении работы левого полушария.

ПРОБЛЕМЫ НЕСВОЕВРЕМЕННОГО НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН НА ОЧЕРЕДНОЕ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ В ФИЛИАЛЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПО ИТОГАМ РАБОТЫ ЗА 2007-2010 ГГ.

А.В. Пельмский, Г.А. Андреева

Главное бюро МСЭ по Тюменской области

Одним из показателей, характеризующих качество организации взаимодействия бюро МСЭ с лечебно-профилактическими учреждениями, является показатель несвоевременно направленных на очередное освидетельствование.

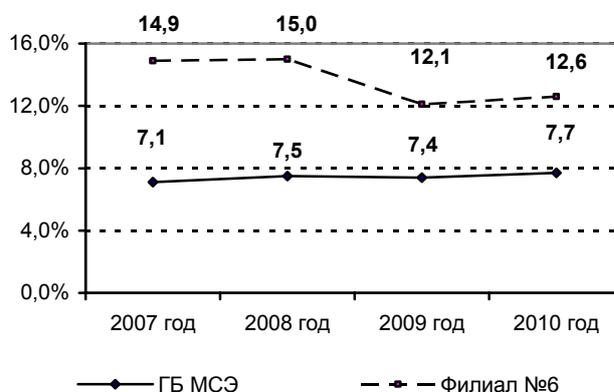


Рис. 1. Показатель несвоевременно направленных на переосвидетельствование в динамике за 2007-10 гг.

В филиале психиатрического профиля показатель несвоевременно направленных на МСЭ стабильно выше, чем в целом по учреждению (рис. 1). Так, в 2007-2010 гг. в динамике показатель несвоевременно направленных по учреждению составил: 7,1% - 7,5% - 7,4% - 7,7%, а в филиале №6: 14,9% - 15,0% - 12,1% - 12,6%. Для снижения данного показателя специалистами филиалов в ЛПУ ежемесячно направляются списки инвалидов, подлежащих переосвидетельствованию, за три месяца до окончания их срока инвалидности. Но, несмотря на это, показатель остаётся высоким. Пропуск переосвидетельствования зачастую приводит к негативным последствиям для больного — несвоевременная выплата пенсии, невозможность получить необходимые реабилитационные мероприятия и социальную помощь.

Цель исследования: изучить причины несвоевременного прохождения больными психиатрического профиля очередного освидетельствования и возможные пути устранения данной проблемы.

Специализированный филиал ФГУ «Главное бюро МСЭ по Тюменской области» располагается в г. Тюмени и обслуживает граждан 18 лет и старше психоневрологического профиля, проживающих в г. Тюмени, в Тюменском, Заводоуковском, Исетском, Нижне-Тавдинском районах и в психоневрологических интернатах Тюменской области.

В 2007-2010 гг. в филиал психиатрического профиля несвоевременно на очередное освидетельствование было направлено 1367 инвалидов, что составило 12,6% от числа переосвидетельствованных. Нами были проанализированы их медико-экспертные документы, проводилась оценка тяжести инвалидности, нозологической формы, места жительства и причин пропуска сроков освидетель-