

8. Исходя из речевой патологии раннего возраста, возможно прогнозирование качества письма и чтения в школьный период.

9. Учитывая определенную сцепленность речевых нарушений с олигофренией, реально построение адекватных лечебных и реабилитационных мероприятий комплексного характера, что позволит в перспективе более полноценную интеграцию в обществе.

10. Целесообразно, с учетом растущей соотнесенной умственно – речевой патологии, расширение сети специализированных коррекционных классов и школ соответственно уровню дефекта, центров по развитию и культуре речи, так это имеет социальное значение, учитывая существенность увеличения популяции умственно отсталых детей в обществе.

БРЕД ВЕЛИЧИЯ В ШИЗОФРЕНИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА ФОНЕ РЕЛИГИОЗНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ

Р.М. Логутенко

Тюменская ОКПБ

Е-mail автора: logutenko78@mail.ru

Человек был назван Homo religio, «религиозным животным», «религиозным человеком». Религиозный опыт влияет на развитие человека в семье, в обществе, а также на болезненный фон психических расстройств, та внутренняя картина болезни, которая формирует фабулу бредовых переживаний больного.

Ядром бреда величия является преувеличение своих духовных, психических, физических качеств, социального положения, возможностей. Бред величия имеет три основных варианта: 1) маниакальный – больной преувеличивает свои реальные качества, обычно предполагая возможные достижения в будущем, содержание идей при этом не имеет очевидной нелепости; 2) мегаломанический (экспансивный) характеризуется фантастичностью, грандиозностью, сказочностью преувеличений событий, которые, по утверждению больного уже совершились; 3) паралитический отличаются выраженной нелепостью грандиозных утверждений и сочетается с глобальным слабоумием.

Идеи величия классифицируются на:

1. Идеи особых возможностей (изобретатель, атлет, духовный целитель).
2. Личная грандиозность (потомок исторической фигуры, "бог живой на земле").
3. Особая миссия (посланник Бога на земле).

Процесс бредообразования представлен следующей внутренней картиной переживания больного. Принято различать три стадии хронического

бреда: паранойяльную, параноидную и парафреническую. Для паранойяльной стадии характерен бред отношения, суть которого состоит в том, что больному кажется, что вся окружающая действительность имеет непосредственное отношение к нему. На этой стадии характерна: стеничность, гипермнезия, аффективная напряженность, обстоятельность мышления, повышенная самооценка, интерпретативный бред. На параноидной стадии бред отношения перерастает в бред преследования. «Если все обращают на меня внимание, говорят обо мне, значит им что-то от меня нужно, значит, меня хотят в чем то уличить, возможно, убить и т.д.» На этой стадии бреда преследования нарастает аутизация мышления. Внешний мир для больного приобретает все более искаженную форму, он становится враждебным, страшным, разрушительным, преследующим. Чем мотивируется переход от стадии параноидной к парафренической, от идеи преследования к идеи величия? Больной, следуя своей логике, задает вопрос: «За что меня преследуют?» И больной рассуждая далее. «Меня преследуют потому, что я так значителен, велик. Я пророк, мессия, Мухаммед, Христос, Будда и т.д.» И в тот момент, когда это объяснение заполняет сознание больного, бред преследования сменяется бредом величия. Бред величия, защитная часть психического аппарата от нарастающего внутреннего ужаса и страха, от которого не убежать. Структура парафренической стадии включает в себя: нелепый бред преследования и воздействия, бред величия, фантастические конфабуляции, эйфорию. Эйфория как результат тяжелого психического бредообразования.

Как отмечают многие исследователи, бред величия всегда предшествует шизофреническому слабоумию, что на сегодня является открытым вопросом для обсуждения. Движение от бреда отношения к бреду величия и последующему слабоумию можно рассматривать как инволюцию личности, в качестве регресса психики, «впал в детство». Шизофренический больной и все его психические процессы направлены в обратную сторону, он словно возвращается в «младенческое всемогущество», регрессирует, как бы сворачивается, возвращаясь к началу.

Согласно результатам исследования на базе амбулаторно-поликлинической службы Тюменской областной клинической психиатрической больницы, выявлено, что пациенты с шизофреническим слабоумием имеют в анамнезе обильный спектр, предшествующих экзогенно – органических расстройств (черепно-мозговых травм, сосудистых нарушений). Наличие в анамнезе экзогенных, значительно усиливает слабоумие у шизофренических больных.

Описание шизофренического слабоумия у Е. Bleuler, получает свою характерную печать, прежде всего, от расстройства аффекта, равнодушие с одной стороны, необузданные аффекты с другой. А

также расстройства ассоциаций: неясность, бесцельность. Шизофреник не слабоумен вообще, но он слабоумен по отношению к определенному моменту, определенной констелляции, определенным комплексам. Такое понимание Е. Bleuler, соответствует психическому регрессу психики, как защитному механизму от большого 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