4. выявление роли, места и функции психологической безопасности на различных уровнях – от безопасности отдельного человека до безопасности целого государства и мирового сообщества в целом – позволит приблизиться к решению важнейшей социальной задачи – осознания и принятия ответственности за себя, социальную группу, общество в целом.

Всестороннее исследование психологической безопасности человека и общества становятся особенно актуальными в эпоху глобализации, когда на первый план выступают не частные проблемы отдельных видов безопасности, а комплекс факторов, в целом обеспечивающих благоприятные условия для безопасного развития мира.

Список литературы:

1. Закс Л.А. Психологическая безопасность личности в организации. – Екатеринбург: Изд-во Гуманитарного университета, 2008.

2. Лебедев В.И. Личность в экстремальных условиях. – М.: Политиздат, 1989.

3. Мюнстерберг Г. Основы психотехники. – СПб.: «П.Э.Т.», 1996.

ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ НЕЙРОДИНАМИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

© Панарина В.В.[♣], Гурякова С.А.[♦]

Центр патологии речи и нейрореабилитации, г. Москва

При очаговых поражениях головного мозга в раннем восстановительном периоде наряду с нарушениями высших психических функций наблюдаются различные нейродинамические расстройства: трудности концентрации и удержания произвольного внимания, нарушения кратковременной памяти, снижение мотивации, патологические изменения эмоционального фона. Эти расстройства являются не первичными, обусловленными поражением системы проводящих путей и нарушениями гемо- и ликвородинамики мозга. Но ввиду того, что степень их выраженности может быть настолько велика, что перекрывает основную симптоматику, вызванную непосредственно очагом поражения, необходимо разработать специальные методы диагностики и преодоления таких расстройств.

[♣] Логопед.

[♦] Логопед.

Восстановление высших психических функций и в особенности речи больных с локальными поражениями мозга является одним из приоритетных направлений комплексной нейрореабилитации. В восстановлении высших психических функций больных после острого повреждения головного мозга (ОНМК, ЧМТ) выделяют три основных периода [3]: острейший (первые 3-5 суток); острый (с 5-21 день); ранний (до 6 мес.) и поздний (от 6 мес. до 2 лет). Перечисленные временные критерии отражают среднестатистические данные и могут варьировать в зависимости от локализации очага поражения, объема поврежденных тканей, состояния сердечно-сосудистой системы, возраста больного и т.п.

Проведенное нами статистическое исследование, данные которого представлены в табл. 1, свидетельствуют о том, что за последние несколько лет в ЦПРиН существенно увеличилось количество пациентов, поступивших на курс нейрореабилитации в ранний восстановительный период. В табл. 1 приведены подтверждающие это данные.

Таблица 1

Сроки обращения в ЦПРиН больных с очаговыми поражениями мозга

Год / Время обращения	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Общее количество первичных обращений (чел)	748	693	727	782	1138	1281
Менее месяца с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	6,5	8,9	12,9	18,2	22,9	50,2
До 2 месяцев с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	21,6	20,6	17,8	19,8	21,2	19,4
До 3 месяцев с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	8,2	13,2	12,6	10,9	10,5	9,9
До 4 месяцев с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	5,3	7,2	7,6	5,6	5,5	4,5
До 5 месяцев с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	3,8	4,3	3,4	3,3	2,8	3,9
До 6 месяцев с момента заболевания (% от общ. числа перв. обращ.)	3,2	3,8	3,4	2,5	3,6	2,2

Из табл. 1 видно, что в 2011 г. число больных, первично обратившихся в ЦПРиН в первые 6 месяцев после мозговой катастрофы по сравнению с 2006 г. возросло почти на 45 %.

При нейропсихологическом обследовании у 89,7 % больных, поступивших в ЦПРиН в ранний восстановительный период, были выявлены нарушения нейродинамических характеристик психической деятельности, которые проявлялись в модально-неспецифических нарушениях произвольного внимания (его динамических и регулирующих характеристик), нарушениях кратковременной памяти, снижении мотивации, нарушениях эмоционально-

го фона. По данным современной нейропсихологии, такие нарушения характерны для недостаточного функционирования срединных неспецифических структур мозга, а также лобных и височных долей (префронтальных и медиобазальных отделов коры) (1 и 3 структурно-функциональный блок по А.Р. Лурия) [6]. В зависимости от уровня и глубины поражения данные симптомы обнаруживают определенные различия.

Вообще, в неврологической и нейропсихологической литературе достаточно хорошо освещены нейродинамические нарушения, возникающие при непосредственном расположении очага в подкорковых структурах. В частности, Е.Д. Хомская [9], обобщая данные различных исследований, отмечает, что наиболее характерными симптомами поражения нижних неспецифических структур (уровня продолговатого и среднего мозга) являются быстрая истощаемость больного, резкое сужение объема внимания и нарушение его концентрации. Эти симптомы проявляются в любом виде деятельности (сенсомоторной, гностической, интеллектуальной). Для таких больных свойственен повторный «всплеск» активности, после периода выраженного истощения. На фоне астении наблюдаются модально-неспецифические нарушения кратковременной памяти. Как указывает ряд авторов [4, 5, 7] введение дополнительной мотивации деятельности больных дает выраженный компенсаторный эффект.

При поражении диэнцефальной (гипатоламо-гипофизарной) области и лимбических структур также отмечаются грубые нарушения произвольного внимания [9], однако компенсация вследствие ослабления механизмов произвольной регуляции либо отсутствует, либо длится недолго [5, 6]. Корсакова Н.К. и Московичюте Л.И. [7] указывают на так называемый «амнестический синдром», возникающий при поражении данной зоны. Модально-неспецифические нарушения памяти могут иметь различную степень выраженности – от легкой, выявляемой в специальных условиях, до массивной, с патологическим забыванием больным текущих событий. При сохранной мотивации, сохранном непосредственном воспроизведении и воспроизведении заучиваемого материала через 2-3 минуты (пустая пауза), эти больные не могут вспомнить предложенный материал, если в паузу между заучиванием и воспроизведением ввести любую побочную деятельность. Повышенная тормозимость следов является основой данного мнестического нарушения. Отмечаются у данной категории больных и нарушения эмоционально-личностной сферы: повышенная реактивность, неадекватность эмоциональных реакций, некритичность к своим дефектам.

При поражении коркового уровня неспецифической системы (медиабазальных отделов лобной и височной коры) у больных наблюдаются нарушения сознания, проявляющиеся в трудностях ориентировки в окружающем и конфабуляциях. Нарушения эмоциональной сферы могут колебаться от состояния

тревоги, страхов и резкой эмоциональной неустойчивости (при поражении височной коры) до эмоционального безразличия и эйфории, общей расторможенности и импульсивности (медиальные отделы лобных долей). Дефекты внимания носят регуляторный характер и проявляются в невозможности выполнения последовательных операций в соответствии с заданной программой, снижении контроля за своей деятельностью и полученными результатами. В тяжелых случаях у таких больных наблюдается «полевое поведение». Модально-неспецифические нарушения мнестической деятельности возникают из-за распада самой структуры деятельности, нарушения механизма произвольного запоминания и произвольного воспроизведения материала [6, 7].

Однако, как показывает опыт клинических исследований, нарушение функций, возникающее вследствие очагового поражения мозга в острый и ранний восстановительный периоды бывает более обширным, чем того можно было бы ожидать, исходя из месторасположения очага в мозге (по данным МРТ). Это связано с тем, что поражение мозга сопровождается перифокальным отеком, нарушениями гемо- и ликвородинамики, и явлениями диашиза – выпадением функций отделов головного мозга, непосредственно не поврежденных, но связанных с участками поражения системой проводящих путей. Такое состояние развивается вследствие прекращения поступления возбуждающих импульсов к неразрушенным нейронам. В зависимости от типа проводящих волокон, C. Monakow [8, 6] выделял ассоциативный (волокна объединяют различных участки коры внутри одного полушария), комиссуральный (волокна, соединяющие топографически идентичные участки правого и левого полушарий) и цереброспинальный (проекционные волокна несущие импульсы к нижележащими отделами мозга) диашиз.

Как показал анализ нейропсихологической и логопедической литературы, нарушения нейродинамики при локализации непосредственных анатомически выявляемых очагов поражениях коры головного мозга, в частности при афазиях, остаются значительно менее исследованными. Недостаточно разработаны нейропсихологические и логопедические методики их преодоления.

Между тем, по данным нейропсихологической статистики ЦПРиН, в раннем восстановительном периоде они выявляются у 87,5 % больных с афазиями и у 89,2 % больных со смешанными речевыми расстройствами (афазия + дизартрия) и проявляются в разной степени: от грубых, перекрывающих основную симптоматику, вызванную непосредственно очагом поражения, до легких, проявляющихся в сенсибилизированных пробах и на утомлении.

Распределение нейродинамических нарушений у данной категории больных при разных речевых расстройствах видно из следующей диаграммы на рис. 1.

В связи с этим представляются крайне необходимыми пересмотр и уточнение методов нейропсихологической и топической диагностики, а также

разработки адекватных методов восстановительного обучения больных с нейродинамическими нарушениями.

Рис. 1. Распределение нарушений нейродинамики у больных с различными речевыми расстройствами на ранней стадии восстановления

Список литературы:

1. Бехтерева Н.П. Здоровый и больной мозг человека. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2010.

2. Бизюк А.П. Основы нейропсихологии. – СПб.: Речь, 2005.

3. Григорьева В.Н., Козявина М.С., Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга: учеб. пособие. – М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2006.

4. Ениколопова Е.В. Динамические характеристики психических процессов и их роль в нейропсихологической диагностике // Хрестоматия по нейропсихологии. – М.: Институт общегосударственных исследований; Московский психолого-социальный институт, 2004.

5. Лобные доли и регуляция психических процессов / Под ред. А.Р. Лурия и Е.Д. Хомской. – М.: Издательство московского университета, 1966.

6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. – СПб.: Питер, 2008.

7. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для студ. вузов. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

8. Monakow C. Die Lockalisation im grosshirn und der Abbau der Funktionen durch corticale Herde. – Wiesbaden: J.F. Bergmann, 1914.

9. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. – СПб.: Питер, 2008.