МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

НОВОСИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

**Реферат**

На тему

**“Минимальная мозговая дисфункция”**

Новосибирск – 2002

**Минимальная мозговая дисфункция** (или гиперкинетический хронический мозговой синдром, или минимальное повреждение мозга, или легкая детская энцефалопатия, или легкая дисфункция мозга) относится к перинатальным энцефалопатиям. Перинатальная энцефалопатия (ПЭП) - собирательный диагноз, подразумевающий нарушение функции или структуры головного мозга различного происхождения, возникающее в перинатальный период (К перинатальному периоду относятся антенатальный, интранатальный и ранний неонатальный периоды. Антенатальный период начинается на 28 неделе внутриутробного развития и оканчивается началом родового акта. Интранатальный период включает в себя непосредственно сам акт родов от начала родовой деятельности до рождения ребенка. Ранний неонатальный период соответствует первой неделе жизни ребенка и характеризуется процессами адаптации новорожденного к условиям внешней среды).

ММД – замедление роста мозга, нарушение диффузно-церебральной регуляции различных уровней ЦНС, приводящее к нарушению восприятия и поведения, к изменению в эмоциональных и вегетативных системах.

Минимальные мозговые дисфункции — понятие, обозначающее легкие расстройства поведения и обучения без выраженных интеллектуальных нарушений, возникающие в силу недостаточности функций центральной нервной системы, чаще всего резидуально–органической природы.

Минимальные мозговые дисфункции (ММД) представляют собой наиболее распространенную форму нервно-психических нарушений в детском возрасте. По данным отечественных и зарубежным исследований частота встречаемости ММД среди детей дошкольного и школьного возраста достигает 5-20% .

В настоящее время ММД рассматриваются, как последствия ранних локальных повреждений головного мозга, выражающиеся в возрастной незрелости отдельных высших психических функций и их дисгармоничном развитии. При ММД наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих такие сложные интегративные функции, как речь. внимание, память, восприятие и другие формы высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации. Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий мозга, ММД у детей проявляются в виде нарушений двигательного и речевого развития, формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). По-видимому, наиболее распространенным вариантом ММД является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

По своему происхождению и течению все поражения головного мозга перинатального периода условно можно разделить на гипоксически-ишемические, возникающие вследствие недостатка поступления кислорода в организм плода или его утилизации во время беременности (хроническая внутриутробная гипоксия плода) или родов (острая гипоксия плода, асфиксия), травматические, чаще всего обусловленные травматическим повреждением головки плода в момент родов и смешанные, гипоксически-травматические поражения центральной нервной системы.

В основе развития перинатальных поражений центральной нервной системы лежат многочисленные факторы, влияющие на состояние плода в течение беременности и родов и новорожденного в первые дни его жизни, обуславливающие возможность развития различных заболеваний как на 1 году жизни ребенка, так и в более старшем возрасте.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ

Причины, влияющие на возникновение перинатальных поражений центральной нервной системы:

* Соматические заболевания матери с явлениями хронической интоксикации.
* Острые инфекционные заболевания или обострение хронических очагов инфекции в организме матери в период беременности.
* Нарушение питания и общая незрелость беременной женщины.
* Наследственные заболевания и нарушения обмена веществ.
* Патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.).
* Вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами и пр.).
* Патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия.
* Недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни.

Антенатальный период:

* внутриутробные инфекции
* обострения хронических заболевании будущей матери с неблагоприятными изменениями метаболизма
* интоксикации
* действие различных видов излучения
* генетическая обусловленность

Имеет большое значение и невынашивание беременности, когда ребенок рождается недоношенным или биологически незрелым вследствие нарушения внутриутробного развития. Незрелый же ребенок в большинстве случаев еше не готов к процессу родов и при родовых нагрузках получает значительные повреждения.

Необходимо обратить внимание на то, что в первом триместре внутриутробной жизни закладываются все основные элементы нервной системы будущего ребенка, а формирование плацентарного барьера начинается лишь с третьего месяца беременности. Возбудители таких инфекционных заболеваний, как токсоплазмоз. хламидиоз, листереллез, сифилис, сывороточный гепатит, цитомегалия и др., проникнув через незрелую плаценту из организма матери, глубоко повреждают внутренние органы плода, и в том числе формирующуюся нервную систему ребенка. Эти повреждения плода на данной стадии его развития генерализованные, но в первую очередь страдает центральная нервная система. В последующем, когда плацента уже сформировалась и достаточно эффективен плацентарный барьер, воздействия неблагоприятных факторов уже не приводят к формированию пороков развития плода, но могут вызвать преждевременное рождение, функциональную незрелость ребенка и внутриутробную гипотрофию.

В то же время есть факторы, которые могут неблагоприятно повлиять на развитие нервной системы плода в любом периоде беременности и даже до нее, влияя на репродуктивные органы и ткани родителей (проникающая радиация, употребление спиртных напитков, тяжелые острые интоксикации).

Интранатальный период:

К интранатальным повреждающим факторам относят все неблагоприятные факторы процесса родов, неизбежно сказывающиеся на ребенке:

* длительный безводный период
* отсутствие или слабая выраженность схваток и неизбежная в этих случаях стимуляция
* родовой деятельности
* недостаточное раскрытие родовых путей
* стремительные роды
* применение ручных родовспомогательных приемов
* кесарево сечение
* обвитие плода пуповиной
* большая масса тела и размеры плода

Группой риска в отношении интранатальных повреждений являются недоношенные дети и дети с малой или слишком большой массой тела.

Необходимо отметить, что интранатальные повреждения нервной системы в большинстве случаев не касаются непосредственно структур головного мозга, но их последствия в дальнейшем постоянно влияют на деятельность и биологическое созревание развивающегося мозга.

*Постнатальный период:*

* нейроинфекции
* травмы

**Симптомы ММД:**

* Повышенная умственная утомляемость;
* Отвлекаемость внимания;
* Затруднения в запоминании нового материала;
* Плохая переносимость шума, яркого света, жары и духоты;
* Укачивание в транспорте с появлением головокружения, тошноты и рвоты;
* Возможны головные боли;

Перевозбуждение ребенка к концу дня пребывания в детском саду при наличии холерического темперамента и заторможенность при н6наличии флегматического темперамента. Сангвиники возбуждаются и затормаживаются поти одновременно.

Изучение анамнеза показывает, что в раннем возрасте у многих детей с ММД обнаруживается синдром гипервозбудимости. Проявления гипервозбудимости возникают чаще в первые месяцы жизни, в 20% случаев они отставлены на более поздние сроки (старше 6-8 месяцев). Несмотря на правильный режим и уход, достаточное количество пищи, дети беспокойны, у них отмечается беспричинный крик. Он сопровождается избыточной двигательной активностью, вегетативными реакциями в виде покраснения или мраморности кожных покровов, акроцианоза, усиленной потливости, тахикардии, учащения дыхания. Во время крика можно наблюдать повышение мышечного тонуса, тремор подбородка, рук, клонусы стоп и голеней, спонтанный рефлекс Моро. Также характерны нарушения сна (затрудненное длительное засыпание, частое спонтанное пробуждение, раннее пробуждение, вздрагивания), трудности с кормлением и желудочно-кишечные нарушения. Дети плохо берут грудь, беспокойны во время кормления. Наряду с нарушением сосания отмечается предрасположенность к срыгиванию, а при наличии функционального неврогенного пилороспазма - рвота. Склонность к жидкому стулу связана с повышенной возбудимостью кишечной стенки, приводящей к усилению перистальтики кишечника под влиянием даже незначительных раздражителей. Поносы нередко чередуются с запорами.

В возрасте от одного года до трех лет детей с ММД отличают повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, нарушения сна и аппетита, слабая прибавка в массе тела, некоторое отставание в психоречевом и двигательном развитии. К трем годам обращают на себя внимание такие особенности, как моторная неловкость, повышенная утомляемость, отвлекаемость, двигательная гиперактивность, импульсивность, упрямство и негативизм. В младшем возрасте у них нередко наблюдаются задержка в формировании навыков опрятности (энурез, энкопрез).

Как правило, нарастание симптомов ММД приурочено к началу посещения детского сада (в возрасте 3-х лет) или школы (6-7 лет). Подобная закономерность может быть объяснена неспособностью ЦНС справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку в условиях увеличения психических и физических нагрузок. Увеличение нагрузок на ЦНС в этом возрасте могут приводить к нарушениям поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, а также к невротическим расстройствам, замедлению психоречевого развития.

Кроме того, максимальная выраженность проявлений ММД часто совпадает с критическими периодами психоречевого развития. К первому периоду относят возраст 1-2 года, когда происходит интенсивное развитие корковых речевых зон и активное формирование навыков речи. Второй период приходится на возраст 3- х лет. На этом этапе у ребенка увеличивается запас активно используемых слов, совершенствуется фразовая речь, активно развиваются внимание и память. В это время у многих детей с ММД обнаруживаются задержка развития речи и нарушения артикуляции. Третий критический период относится к возрасту 6-7 лет и совпадает с началом становления навыков письменной речи (письмо, чтение). Для детей с ММД этого возраста характерны формирование школьной дезадаптации и проблемы поведения. Значительные трудности психологического характера нередко обусловливают различные психосоматические нарушения, проявления вегетативно-сосудистой дистонии.

Таким образом, если в дошкольном возрасте среди детей с ММД преобладают гипервозбудимость, двигательная расторможенность или, наоборот, медлительность, а также моторная неловкость, рассеянность, отвлекаемость, непоседливость, повышенная утомляемость, особенности поведения (незрелость, инфантилизм, импульсивность), то у школьников на первый план выступают трудности в обучении и нарушения поведения. Детям с ММД свойственны слабая психоэмоциональная устойчивость при неудачах, неуверенность в себе, заниженная самооценка. Нередко у них также наблюдаются простые и социальные фобии, вспыльчивость, задиристость, оппозиционное и агрессивное поведение. В подростковом возрасте у ряда детей с ММД нарастают нарушения поведения, агрессивность, трудности во взаимоотношениях в семье и школе, ухудшается успеваемость, появляется тяга к употреблению алкоголя и наркотиков. Поэтому усилия специалистов должны быть направлены на своевременное выявление и коррекцию ММД.

В максимальной мере признаки ММД проявляются в начальных классах школы. При ММД возникает комплекс нарушенного поведения: повышенная возбудимость, непоседливость, разбросанность, расторможенность влечений, отсутствие сдерживающих начал, чувства вины и переживаний, а также доступной возрасту критичности. Нередко эти дети, что называется, “без тормозов”, ни секунды не могут посидеть на месте, вскакивают, бегут, “не разбирая дороги”, постоянно отвлекаются, мешают другим. Они легко переключаются с одного занятия на другое, не доводя начатое дело до конца. Легко даются и тут же забываются обещания, характерны шутливость, беспечность, озорство, невысокое интеллектуальное развитие. Ослабленный инстинкт самосохранения выражается в частых падениях, травмах, ушибах ребенка.

Далеко не обязательно дети с ММД имеют холерический темперамент, как это может показаться на первый взгляд. Скорее их непоседливость, отвлекаемость и есть проявления общей ослабленности мозга. Вместе с этим недостаток самоконтроля, сдерживающих начал вследствие врожденной, генетически обусловленной неразвитости лобных отделов головного мозга, ответственных за функции контроля, волевого сосредоточения и критики. Непосредственно органически церебральной (мозговой) подоплекой ММД в подавляющем числе случаев будет хронический алкоголизм родителей, оказывающий повреждающее воздействие на эмбриональную стадию внутриутробного развития. Вместе генетические и церебрально-органические изменения мозга и создают описанные выше особенности характера и поведения этих детей.

На первом году жизни у некоторых наблюдается отставание темпа психомоторного развития. К 2-3 годам четко выявляется речевое недоразвитие. У многих детей уже в первые годы жизни обнаруживается двигательная расторможенность – гиперкинетическое поведение. Для многих детей характерна моторная неловкость, у них слабо развиты тонкие дифференцированные движения пальцев рук. Поэтому они с трудом овладевают навыками самообслуживания, долго не могут научится застегивать пуговицы, зашнуровывать ботинки.

Дети с мозговой дисфункцией – это очень полиморфная группа. Их общим свойством является наличие в первые годы жизни так называемых “малых неврологических признаков”, которые обычно сочетаются с проявлениями психического дизонтогенеза как в интеллектуальной, так и в эмоционально-волевой сфере, т.е. у детей с легкой мозговой дисфункцией часто имеет место задержка психического развития.

При ЗПР, в отличие от умственной отсталости, имеет место обратимость интеллектуально дефекта. Кроме того, в отличие от олигофрении у детей с ЗПР отсутствует инертность психических процессов, так же для них характерна низкая познавательная способность. Особенностью психического развития детей с задержкой развития в дошкольном возрасте является недостаточность у них процессов восприятия, внимания, памяти. Одной из характерных особенностей детей с ЗПР является отставание в развитии у них пространственных представлений, недостаточная ориентировка в частях собственного тела, недостаточна тонкая моторика, у них наблюдается выраженное нарушение функций активного внимания, ограничение его объема, фрагментарность внимания. Многие дети с ЗПР обладают своеобразной структурой памяти. Это проявляется иногда в большой продуктивности непроизвольного запоминания. Такие дети эмоционально неустойчивы. Они с трудом приспосабливаются к детскому коллективу, им свойственны колебания настроения и повышенная утомляемость. Наблюдаются также форму ЗПР, при которых эмоционально-волевая и личностная незрелость сочетается с недостаточностью различных компонентов познавательной деятельности.

*Влияние на общение и деятельность:*

С такими детьми трудно общаться, так как ребенок проявляет импульсивную двигательную и вербальную активность, он действует как бы бездумно, болтает, не подумав. Дети отрицательно влияют на сверстников, с которыми дети, страдающие ММД агрессивны и требовательны. Часто родители таких детей жалуются, что у них нет друзей.

Вторичные дефекты.

При следующих состояниях наблюдается ММД:

* Повреждение мозга, ЦНС;
* Инфекции (энцефалит, менингит);
* Травмы головы;
* Церебральная гипоксия;
* Отравление свинцом;

Повышенная двигательная активность, головные боли, головокружения, нарушения сна, гневливость могут сопровождаться посттравматическим синдромом после черепно-мозговых травм, а так же быть симптомами неврозов.

**Прогноз для детей с ММД:**

Прогноз в целом благоприятен, существуют несколько вариантов:

1. со временем симптомы исчезают и дети становятся подростками, взрослыми без отклонения от нормы. Анализ результатов большинства исследований свидетельствует о том, что от 25% до 50% детей “перерастают” этот синдром.
2. Симптомы различной степени тяжести продолжают оставаться, но без признаков развития психопатологии. Таких детей большинство (от 50% и более). У них наблюдаются проблемы в повседневной жизни. По данным опроса, их постоянно сопровождает чувство “нетерпеливости и неугомонности”, импульсивность, социальная неадекватность, чувство низкой самооценки в течение всей жизни. Имеются сообщения о большой частоте несчастных случаев, разводов, перемены мест работы у этой группы людей.
3. Развиваются тяжелые осложнения у взрослых в виде личностных или антисоциальтных изменений, алкоголизма и даже психических состояний.

**Медико-педагогическая и педагогическая коррекция.**

Здесь следует опираться на опыт зарубежных коллег. Предварительно следует делать комплексную оценку состояния здоровья детей и оценку их работоспособности с одновременным изучением санитарно-гигиенических и социально-экономических условий жизни детей.

Психодиагностика детей с ММД

Психодиагностика – раздел психологической науки, в котором рассматривается комплекс способов распознавания личности, т.е. методов, перспективы изменения развития личности.

Наиболее важный возраст для диагностики детей с ММД – 3-6 лет. В качестве диагностического материала используются:

* Вопросники для родителей и учителей;
* Специальная диагностическая система Гордона для непосредственного обследования ребенка;
* Диагностика интеллекта и познавательной сферы ребенка

1. Тест Векслера (вербальная и невербальная креативность);
2. Матрица Ровена;
3. Визуально-моторный тест Бендер-Гештальта (уровень интеллектуального развития);
4. Экспресс-диагностика “Лурия-90”, разработанная Э.Г. Симерницкой, направленная на диагностику специфических трудностей в обучении детей младшего школьного возраста

* Диагностика видео-моторной коррекции (рисунок “Дом – дерево – человек”, “Несуществующее животное”);
* Диагностика эмоционального развития (тест на уровень тревожности, тест руки и т.д.).

Другая классификация диагностического материала:

1. нейрофизиологические методы (электроэнцефалография, в том числе нейрокартирование в период новорожденности, реоэнцефалография, эхоэнцефалография);
2. нейропсихологические методы (прогнозированная программа нейропсихической диагностики для возрастных этапов: от 1 месяца до 1 года; 1-5 лет, с 5 и дальше);
3. рентгенологическое (по показаниям рентгенография черепа, шейного отдела позвоночника для исключения органических заболеваний)
4. нейросонография у детей дошкольного возраста
5. прочие (исследование глазного дна, биохимические и клинические исследования).

Диагностика имеет определенные критерии:

I. Дефицит внимания (4 из 7)

1. часто переспрашивает
2. нуждается в спокойной тихой обстановке, не способен к работе и возможности сконцентрировать внимание
3. легко отвлекается на внешние раздражители
4. путает детали
5. не заканчивает то, что начал делать
6. слушает, но не слышит
7. трудности в концентрации внимания, если не созхдана ситуация “один на один”

II. Импульсивность (3 из 5)

1. выкрикивает в классе, шумит
2. чрезвычайно возбудим
3. трудно переносит время, когда ждет своей очереди
4. чрезвычайно разговорчив
5. задевает других детей

III. Гиперактивность (3 из 5)

1. карабкается на шкафы, мебель
2. всегда готов идти, чаще бегать, чем ходить
3. суетлив, извивается, корчится
4. если что-нибудь делает, то с шумом
5. должен всегда что-нибудь делать

Другие критерии диагностики:

1. проявление симптомов до 7 лет
2. продолжительность симптоматики до 6 месяцев

Диагностику необходимо проводить при возникновении детского паралича, шизофрении, синдрома Гелгера и Краймера-Полинова, сенсорной депривацией, нарушении интеллекта, социальной нестабильности, после черепно-мозговых травм.

***Клинический пример:***

*Родители Брюса обратились за помощью в клинику, когда мальчику было 4 года, из-за ярко выраженной гиперактивности ребенка и проблем в его поведении. Его ранние развитие было несколько заторможенным, особенно сильной была задержка речи. В четыре года имел место ночной энурез. В 18 месяцев с ним случился эпилептический припадок, а в течение двух лет было отмечено более 20 подобных припадков. Большинство из них проходило в форме сильных судорог, но один носил психомоторный характер: сначала у мальчика* появились боли в животе, потом у мальчика остекленел взгляд, началось обильное слюноотделение, и он стал произносит различные бессмысленные глупые слова. С того момента, как Брюс научился ходить, он был очень активен, весь день проводил на ногах, носился по дому и вечно во все вмешивался. Обычно он чрезвычайно быстро переключался с одного предмета или события на другое, а в 4 года (в момент обследования) он, кроме этого, без умолку болтал. В клинике Брюс произвел впечатление жизнерадостного, дружелюбного, но очень расторможенного и непоседливого мальчика. Психологическое тестирование интеллекта показало, что он находится на пограничном уровне между средним и низким показателем. Брюс был *единственным ребенком в благополучной обеспеченной семье. Мать сильно любила сына, но оба родителя не знали как быть с мальчиком, который имел явное отклонение в развитии.*

*У Брюса был ярко выраженный гиперкинетический синдром, и так же, как у многих детей с подобным нарушением, у него были задержки в развитии и некоторые дисфункции мозга (примером чему были эпилептические припадки). В данном случае нарушение было следствием неправильного внутриутробного развития, а не следствием каких-либо переживаний и стрессов. Было необходимо прежде всего предотвратить повторение припадков, И Брюсу немедленно был назначен курс противосудорожных препаратов. Также ему были прописаны стимуляторы, которые в подобных случаях оказываются очень эффективными. К сожалению, они не оказали никакого эффекта на гиперактивность Брюса, но совершенно неожиданно их применение сделало мальчика очень несчастным и слезливым, поэтому данные препараты были отменены. Такой парадоксальный побочный эффект иногда отмечается у детей. Вместо этих лекарств был применен один из наиболее эффективных* *транквилизаторов, которые немного успокоили Брюса и снизили его безудержную активность, но было очень трудно подобрать ту дозу, которая бы не делала мальчика сонливым и заторможенным. Тем не менее в течение года благодаря этим лекарствам ситуация в доме была более управляема и поэтому было решено продолжить курс.*

*Параллельно проводилась психотерапевтическая работа с матерью с целью обучения ее способам управления гиперактивностью Брюса. Она должна была определить четкие рамки дозволенного пове6дения, попытаться строить ситуацию таким образом, чтобы в них уменьшалась возможность отвлечения внимания и поощрять концентрацию его внимания в играх и при выполнении заданий. В пять лет он начал учиться в специальном классе обычной школы, а позже был переведен в школу для отстающих детей. При последнем обследовании в 7 лет у него отмечен некоторый прогресс в школе, моторная активность снизилась, но осталась импульсивность и несобранность на и уроках.*

Медикаментозное лечение

За последние 20 лет было произведено поразительное количество препаратов, предназначенных для детей и взрослых с психическими нарушениями. Некоторые из этих препаратов были адекватно оценены, но их действие пока остается не до конца изученным. Однако имеется достаточно доказательств, чтобы предположить, что они играют важную роль в лечение определенных случаев. Айзенберг опытным путем выделил основные принципы, которых нужно придерживаться при использовании лекарственных препаратов, чтобы исправить врожденные психиатрические нарушения: 1) все доступные лекарства излечивают симптомы, а не болезнь, так что медикаментозное лечение всегда должно предваряться полной и тщательной диагностической оценкой. Снятие симптома – необходимая часть лечения, но внимание должно уделяться также и причинным факторам. Это означает, что одного медикаментозного лечения бывает достаточно только в самых редких случаях; 2) наиболее эффективные лекарства, кроме всего прочего имеют неблагоприятные побочные эффекты, поэтому никакой препарат не должен использоваться без строгого предписания для использования; 3) старый и знакомы препарат лучше предпочесть новому, если не имеется достаточных доказательств о превосходстве последнего; 4) лекарствам свойственен эффект плацебо (результат достигается благодаря ожиданиям, а не фармакологическому действию), поэтому использование лекарственных препаратов подразумевается понимание их психологического контекста; 5) лекарства могут быть эффективными для устранения симптоматики, которая не снимается другими средствами, поэтому нет необходимости в их применении, если нет соответствующих признаков. Лекарства – не панацея и не отрава; это весьма полезные лечебные средства в пределах ограниченной сферы.

А) Снотворные средства

Одна из распространенных проблем в раннем детстве – расстройства сна. Кроме того, это один из основных симптомов депрессии. Для маленьких детей основное лечение проблем сна включает в себя выяснение факторов, вызывающих это нарушение у ребенка, и их устранение. Снотворные средства не отвечают требованиям сами по себе, отчасти потому, что они не воздействуют на причины нарушения сна, и отчасти потому, что дети приучаются к действию лекарств, так что по истечении нескольких недель (или даже дней) необходимый эффект устраняется. Однако данный тип препаратов может быть очень полезным дополнением к лечению, если используется в малых дозах и выборочно. Вообще самый лучший подход – это давать ребенку принимать таблетки несколько ночей подряд с тем, чтобы помочь ему вернутся к нормальному режиму засыпания, если факторы, ставшие причиной бессонницы, нарушили его. Кроме того, лекарства могут храниться для тех моментов, когда они бывают необходимы для родителей, если у них случается бессонница или если им необходимо как следует выспаться.

Для решения проблем бессонницы взрослые широко используют барбитураты, но эти препараты не рекомендуются детям, потому что их применение может повысить в детях возбудимость и неугомонность. Самым безопаснывм и наиболее эффективным для маленьких детей являются хлорал-производные препараты (например, “веллдорм” или “триклорал”) или успокоительные антихистамины (например, “бенадрил” или “фенерган”). Для более старших детей и подростков нитразепам – один из наиболее рекомендуемых препаратов.

Б) Седативные средства

Детям редко бывают нужны седативные препараты, но иногда они бывают полезны для снижения тревожности и напряжения, особенно в подростковом возрасте. Клинический опыт показывает, что для этой цели в общем наиболее пригоден диазепам, но исследовательских данных о качестве и недостатках применения любого седативного средства к детям пока еще слишком мало, а тем немногие, которые имеются, показывают, что диазепам не совсем эффективен для младших подростков. Барбитураты не рекомендуются из-за их возбуждающего эффекта, который может появиться у некоторых детей.

В) Стимулянты

Применение для детей стимулирующих препаратов типа декстоаммфетамина и риталина, как было показано, было эффективным для улучшения внимания и сосредоточенности у детей с гиперкинезами. Это наиболее исследованная и без сомнения самая лучшая группа препаратов для достижения необходимого эффекта у очень беспокойных и рассредоточенных детей. Эти лекарства пользовались очень широко особенно в США для достижения этих целей. Они без сомнения занимают определенного место в лечении данных расстройств. Все же, хотя они и улучшают поведение на короткий срок, сомнительно, что они могут улучшить долгосрочный прогноз. Из-за этого и еще из-за некоторых существующих побочных эффектов лекарства должны использоваться с особой осторожностью и избирательно. Иногда они нарушают аппетит и прибавление веса, они могут вызывать временные болезненные переживания и подавленность (особенно у детей с мозговыми повреждением) и имеется очень большой риск привыкания (хотя это видимо не имеет особого значения, если лекарства используются для совсем маленьких детей с гиперкинезами).

Г) Основные транквилизаторы

Существует несколько исследований, которые показали, что основные транквилизаторы могут быть абсолютно эффективными при лечении серьезных форм гиперактивности, тяжелых расстройствах поведения и для снятия симптомов шизофрении. Коротко говоря, основные требования для использования этих препаратов имеют отношение к наиболее серьезным, и следовательно менее общим, психиатрическим расстройствам. В этих обстоятельствах они могут выполнять функцию основного лечения и имеют доказанную эффективность. Хлорпромазин и триоридозин самые безопасные и в целом наиболее полезные препараты, но иногда предпочтительны более сильные препараты – трифлуоперазин и халоперидол.

Хотя основные транквилизаторы полезны при лечении симптомов, данные исследований могут быть ошибочными, так что их использование должно быть ограничено немногими серьезными расстройствами, где их применение имеет определенное преимущество. Они очень редко назначаются при более распространенных эмоциональных и поведенческих проблемах.

Д) Антидепрессанты

Этот вид лекарств имеет доказанное значение при лечении депрессивных расстройств у взрослых, но в отношении их пользы для детских психиатрических нарушений известно меньше. Исследования проводились на довольно разнородных группах детей, что существенно затрудняет оценку. Однако показано, что антидепрессанты полезны при лечении отказа от посещения школы, что они дают лучший лечебный эффект по сравнению с барбитуратами в отношении детей с депрессивными признаками. Таким образом, существуют некоторые данные в пользу антидепрессантов как средства лечения детской депрессии, но требуются дальнейшие исследования в этой области, чтобы определить их достоинства и недостатки. Более очевидна их польза при лечении депрессии более старших детей и подростков, но они также иногда полезны и для маленьких. Клинический опыт показал, что трицикличные производные типа амитриптилин, нортриптилин или имипрамин в целом наиболее безопасны и эффективны, но все же необходимы контрольные испытания, чтобы оценить их эффективность и сравнить их качества.

Е) другие препараты

Одно из наиболее явных действий препарата типа имипрамин – это контроль за ночным недержанием мочи. Применение препарата дает известный краткосрочный эффект, но у большинства детей после прекращения применения лекарства нарушение возобновляется. Это несколько умаляет необходимость применения данного средства при лечении энуреза, хотя он может использоваться для данной цели. Однако препарат особенно удобен в случаях необходимости краткосрочного эффекта в обстоятельствах типа школьного лагеря или путешествия.

По не вполне понятным причинам халоперидол был признан как эффективный для снятия тиков. В отношении детей с тяжелыми формами тиков это заслуживающий внимания препарат, но он нежелателен при более умеренных формах этого расстройства из-за частых побочных эффектов.

Лечение последствий поражений центральной нервной системы перинатального периода, с которыми достаточно часто приходится сталкиваться педиатрам и неврологам, включает в себя медикаментозную терапию, массаж, лечебную физкультуру и физиотерапевтические процедуры, довольно часто применяют иглорефлексотерапию и элементы педагогической коррекции.

Требования к лечению должны быть достаточно высокими и, надо добавить, что основной акцент в лечении последствий поражения ЦНС перинатального периода делается именно на физические методы воздействия (ЛФК, массаж, ФТЛ и пр.), в то время как медикаментозное лечение применяется лишь в ряде случаев (судороги, гидроцефалия и т.п.).

Развитие минимальной мозговой дисфункции связано с незрелостью и снижением активности тормозных механизмов головного мозга. Поэтому, в некоторых зарубежных странах, для лечения этого синдрома используют амфетамины, запрещенные к применению в России (препараты попадают в категорию наркотических веществ, вызывающих быстрое привыкание).

Так же используются различные элементы педагогической коррекции, занятия с психологом и логопедом, упражнения на концентрацию внимания.

**Список использованной литературы:**

1. Белопольская Н.Л. “Психологическая диагностика личности детей с ЗПР”
2. Власова Т.А., Певзнер М.С. “Дети с временными задержками развития”
3. Власова Т.В. “Дети с ЗПР”
4. Захаров А.И., М. Раттер “Помощь трудным детям”
5. Ковалев “Патопсихология”
6. Мамайчук И.И. “Психология дизонтогенеза и основы психокоррекции”
7. Марковская И.Ф. “ЗПР: критическая и нейропсихологическая диагностика”
8. Мастюкова Е.М. “Ребенок с отклонениями в развитии: ранняя диагностика и коррекция”
9. Патопсихология / хрестоматия/ составитель Белопольская
10. Певзнер М.С. “Клиническая характеристика детей с нарушениями темпа психического развития”
11. Раттер М. “Помощь трудным детям”
12. Семаго Н.Я, Семаго М.Н. “Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога”
13. Соколова Е.В. “ЗПР и пути его преодоления”
14. Соколова Е.В. “Психологические условия оптимизации психологического развития в дизонтогенезе”
15. Специальная педагогика / под редакцией Назаровой Н.М.