**Реферат на тему:**

**Психические последствия травм головного мозга**

**План**

Введение

1. Классификация травм головного мозга

2. Общие сведения о закрытых травмах головного мозга

3. Направления психокоррекционной и лечебно-педагогической работ

Литература

**Введение**

Знания о психических последствиях травм головного мозга представляют большую практическую значимость для учителей и практических психологов, работающих в любых учебно-воспитательных учреждениях. После травм головного мозга может измениться поведение учащегося, могут нарушаться высшие познавательные процессы и внимание. Появляются изменения в свойствах личности, что может привести к стойкой акцентуации.

**1. Классификация травм головного мозга**

а) все травматические повреждения головного мозга делятся на три группы в зависимости от онтогенетического периода:

• внутриутробные;

• родовые;

• послеродовые.

б) по характеру травматических воздействий выделяют травмы:

• открытые - нарушение целости костей черепа, мозга;

• закрытые - кости черепа не повреждены.

В свою очередь открытые травмы бывают проникающие, т.е. когда есть повреждение мозговых оболочек и вещества мозга и непроникающие.

*Внутриутробная травма* (падение беременной, подъем тяжестей, прыжки, удары в живот) приводит к нарушениям внутриутробного развития.

*Родовая травма* (длительные, стремительные роды, акушерско-хирургическое вмешательство) может привести к возникновение внутричерепного кровоизлияния. Кровоизлияния могут происходить в результате асфиксии при патологических родах, при нарушении плацентарного кровообращения.

Последствия: ЗПР, олигофрения, болезнь Литтла. Болезнь Литтла характеризуется парезом черепно-мозговых нервов, различными подкорковыми симптомами, снижением интеллекта.

**2. Общие сведения о закрытых травмах головного мозга**

Закрытые черепно-мозговые травмы довольно часто встречаются у мальчиков-подростков. Так, если в 1985 по данным А.Е.Личко в 24% случаев в анамнезах подростков, прошедших через психиатрическую клинику, отмечались черепно-мозговые травмы, то в 1995-1998 этот процент увеличился.

Опросы среди школьников показали, что групповые драки очень частое явление, приводящее к травмам головного мозга. Относительно легкие травмы мозга остаются вообще неизвестными для родителей, учителей, психологов и врачей.

Телевизионные фильмы - боевики способствуют легкомысленному отношению к закрытым травмам головного мозга и поощряют драки, между тем, даже легкие травмы оставляют определенные последствия и изменения в психической деятельности человека.

Закрытая послеродовая травма дифференцируется на:

• сотрясение (коммоция);

• ушиб (конфузил).

При сотрясениях поражается в основном мозговой ствол, но выраженных анатомических изменений нет. Человек мгновенно теряет сознание, падает. Лицо бледнеет, взгляд неподвижен, зрачки расширены, не реагирует на свет, дыхание поверхностное, пульс редкий. Иногда рвота, судороги. В тяжелых случаях смерть.

Легкая степень: сознание через несколько секунд или минут возвращается, может быть, психомоторное возбуждение и ретроградная амнезия.

Симптомы: *в первые дни -* головная боль, которая усиливается при резких движениях, головокружение, шум и звон в ушах, тошнота и др. Это все - следствия нарушения мозгового кровообращения и изменения функций вестибулярного аппарата.

В течение длительного времени отмечается: головная боль, повышенное эмоциональное возбуждение, гипоамнезия.

В позднем периоде наблюдаются психические расстройства с длительным возбуждением, спутанностью сознания и изменением ядра личности, прежде всего, эмоционально-волевой сферы.

Патогенез: в клетках коры происходит охранительное торможение, амнезия, очаговые расстройства.

// *стадия (поздняя) -* спустя 3-7 недель после травмы, характеризуется ослаблением активного торможения, инертностью и слабостью нервных процессов. Также наблюдается мозговая астения, снижение работоспособности, эмоциональная неустойчивость, аффективность, лабильность эмоций. Ребенок по маленькому поводу плачет, однако, слезы быстроисчерпаемые. Могут быть вегетативные нарушения: дрожание век, языка, пальцев; припадки типа эпилепсии или психические эквиваленты.

*III стадия -* спустя 2-3 года. В этот период могут наблюдаться отдаленные последствия формирования стойких очаговых или общих мозговых нарушений, изменения психических функций.

4. Влияние травм головного мозга на психические функции (хронические психические расстройства)

Практическому психологу необходимо знать, что после перенесенных травм головного мозга могут быть отдаленные последствия в виде незначительных или грубых психических расстройств. Степень последних зависит от многих факторов: локализация травмы, ее тяжести; своевременности лечебных мероприятий. Имеют также значения условия среды, в которой проживал человек после травмы. Даже незначительные повторные травмы черепа, инфекция, интоксикация значительно утяжеляют отдаленные последствия.

А.И. Селецкий (1987) отмечает, что у детей дошкольного возраста, перенесших травму, функции мозга могут компенсироваться. Чем старше возраст, в котором получена травма, тем чаще приходится встречаться с разнообразными психическими последствиями травм. Иногда тяжелые последствия травм проявляются довольно поздно.

Случай из практики А.И. Селецкого.

*Ко мне обратилась женщина 32 лет с жалобой на непонятные кратковременные приступы потери сознания, которые стали повторяться на работе (в хлебопекарном цеху). Женщина прошла медицинское обследование у терапевта. Врач уделил внимание в основном обследованию сердечнососудистой системы и, со слов женщины, не обнаружил патологии.*

*Подробный анамнез, собранный мною, дал возможность выявить, что в подростковом возрасте пациентка перенесла тяжелую травму мозга. Со слов матери она знает, что упала с лошади, сильно ударившись головой, и потом долго не могла подняться с постели. Родители к врачу не обращались и девочку не лечили. Семья жила в отдаленном селе, где был только фельдшер.*

*В психических функциях наблюдается замедленность мышления и заторможенность. Интеллект снижен. Родные отмечают периодические аффективные вспышки. Все свидетельствует об отдаленных последствиях черепно-мозговой травмы.*

*Женщина была направлена на консультацию к невропатологу и нейрохирургу. Наше заключение об истинной причине приступообразных потерь сознания подтвердилось. Был назначен комплекс медико-психологических мероприятий.*

Психические расстройства после перенесенных черепно-мозговых травм могут быть разнообразными. Чаще всего наблюдаются:

• травматическая церебрастения;

• травматическая энцефалопатия;

• травматическая эпилепсия.

Кроме того, могут встречаться травматический паркинсонизм, травматическое слабоумие, поздний травматический психоз.

*Травматическая церебрастения* у детей и подростков напоминает неврастению или астению.

Ведущие симптомы - быстрая истощаемость; в течение нескольких лет пациенты жалуются на головную боль, головокружения, возникающие спонтанно или в связи со школьными занятиями, поворотами головы и др. На них отрицательно влияет шум.

Наблюдаются эмоциональные расстройства: раздражительность, неустойчивость настроения, склонность к внезапным аффективным вспышкам.

Имеются изменения познавательных процессов: ослабление памяти, замедленный тип мышления, снижение внимания. Возможны изменения характера с выраженными антисоциальными реакциями.

В поведении детей и подростков могут проявляться такие синдромы: непослушание в школе и дома, агрессивность, склонность к побегам, бродяжничеству. Имеется склонность к демонстративности поведения. При любых требованиях начинают кричать, плакать, неестественно дрожать и т.д.

Обучение и воспитание таких детей представляет известные трудности. Дети-подростки, страдающие травматической церебрастенией в младших классах, плохо успевают, чаще других становятся второгодниками. Они могут ложно трактовать явления и события, утверждать, что к ним плохо относятся, отказываются посещать школу.

Указанная патология обусловлена, прежде всего, ущербностью эмоционально-волевой сферы.

При подобных психических расстройствах психолог рекомендует комплекс психологических мер:

I. Внимательное отношение к детям и подросткам со стороны родителей и учителей.

П. Щадящий режим: уменьшение учебной нагрузки, разгрузочный школьный день, особенно разгрузка 5-6 уроков в четверг.

III. Включение в посильные интересные дела: рисование, лепка, конструирование, прослушивание спокойной музыки и др. Психолог проводит прямую работу:

а) психотерапию, аутогенную тренировку, методы внушения и самовнушения, артерапию и др. В каждом случае методы психотерапии подбираются индивидуально;

б) направляет на консультацию к детскому психоневрологу.

*Травматическая энцефалопатия* возникает преимущественно вследствие контузии мозга. Она характеризуется более выраженными психопатологическими симптомами органического поражения мозга. В этих случаях выражена очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика.

Очаговая симптоматика может проявляться в виде парезов черепных нервов: афазии (нарушения речи), алексии (нарушения чтения), аграфии (нарушения навыков письма), апраксии (нарушения сложных форм произвольных действий, нарушения ощущений положения тела или направления движения частей тела).

Общемозговая симптоматика характеризуется необратимыми нарушениями памяти, мышления, проявлениями аффективной неустойчивости, преобладанием примитивных влечений и инстинктов.

А.И.Селецкий (1987) и другие авторы выделяют два варианта травматической энцефалопатии: 1) гипердинамический и 2) апатико-адинамический.

При гипердинамическом варианте энцефалопатии, больным свойственны импульсивные действия, вспышки гнева, склонность к конфликтам с окружающими, ссоры, драки, критическое отношение к своему поведению снижено. Наблюдается расторможенность, суетливость, настойчивость в достижении своих эгоистических желаний, игнорирование общественных норм поведения, могут быть проявления грубости, жестокости, наклонность к бродяжничеству. Подобная гипердинамичность проявляется то раздражительностью со вспышками гнева, то эйфорией, клоунадой и дурашливым поведением. Интеллект снижается, наблюдается неуспеваемость в школе, неспособность к усвоению учебного материала, утрата интереса к учебным занятиям. Отмечается гипомнезия (снижение памяти, ущербность мыслительных операций). При ухудшении жизненной ситуации появляется склонность к развитию реактивных психозов, псевдодеменции и даже ступора (состояние полной обездвиженности).

Семья и школа должны учитывать, что коррекция подобных посттравматических психических расстройств представляет большие трудности. Дети с указанными проявлениями нуждаются в систематическом лечении и обучении специальными методами.

При апатико-адинамическом варианте на первый план в клинической картине выступает неврологическая симптоматика в сочетании с апатией, вялостью, медлительностью, резким снижением активности и двигательной заторможенностью. В этом случае преобладают признаки поражения коры большого мозга и стойкие психические расстройства в виде снижения памяти, резкой истощаемости, значительного снижения или утраты работоспособности.

Апатико-адинамический вариант энцефалопатии характеризуется значительным снижением интеллектуального уровня.

*Травматическая эпилепсия* возникает в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы и характеризуется полиморфностью патологических проявлений - судорожными припадками с подкорковым компонентом, вегетативным расстройствами, психическими эквивалентами в виде дисфории, сумеречного состояния сознания. Могут быть истерические припадки с выраженными движениями. Судорожные припадки обусловлены рубцеванием мозга в области моторной и премоторной зон лобной доли полушария.

Длительность заболевания, частота судорожных припадков, сопровождается снижением интеллекта, преобладанием тоскливости и злобности. Но в отличие от истинной эпилепсии, травматическая эпилепсия не влечет за собой очень резких изменений личности. Специальное лечение приводит у многих к исчезновению судорожных припадков.

**3. Направления психокоррекционной и лечебно-педагогической работ**

Прогнозирование травмы черепа закрытой формы зависит от ее тяжести, возраста пострадавшего, объема и характера психокоррекционной и лечебно-педагогической работ, а также от воздействующих на организм дополнительных болезнетворных факторов. Неблагоприятные последствия наблюдаются, если травмируется мозг уже несколько неполноценный в результате остаточных явлений перенесенных заболеваний. Данный фактор приводит к выраженным интеллектуальным расстройствам.

Лечение при травмах головного мозга состоит в соблюдении покоя и строгого постельного режима (от 15 дней до 2-х месяцев в зависимости от степени тяжести травмы). Лекарственная терапия назначается врачом.

Профилактика обострения последствий черепно-мозговой травмы заключается в устранении различных факторов, способных усиливать болезненную симптоматику. Необходимо оберегать детей, перенесших травму головного мозга, с одной стороны, от переутомления, с другой - от праздного времяпровождения. Необходимо правильно организовать режим и посильные нагрузки.

Перенесшие тяжелую травму мозга, должны в течение длительного времени состоять на диспансерном учете и периодически получать предупредительное лечение и психокоррекцию.

С помощью педагогических мероприятий и коррекционной работы тренируется способность к интеллектуальному напряжению, вырабатываются навыки по сосредоточению внимания, а также постепенное включение такого учащегося в коллектив. Работа ведется по индивидуальному плану. Не менее важным является устранение психической травматизации. Учителям следует порекомендовать: кратковременный отдых для таких учащихся или переключение их на другой вид деятельности, не требующий напряжения. Значительная интеллектуальная ущербность является диагностическим критерием перевода учащегося из общеобразовательной школы во вспомогательную. В массовых школах, ученики начальных классов, перенесшие травмы мозга, направляются в класс повышенного индивидуального внимания, где должны быть созданы индивидуальные условия обучения и воспитания. Рекомендуем разгрузочные учебные дни (обычно в четверг), снижение учебной нагрузки на последнем уроке. Учитывать, что шум и жара, действуют на таких учащихся очень неблагоприятно. Нагрузка в этот период должна быть посильной, и желательно, чтобы она сопровождалась положительными эмоциями: в этом смысле хороши, прогулки пешком, легкая работа в саду.

Одним из самых мощных средств восстановления эмоционального равновесия является аутотренинг - особая методика самовнушения на фоне максимального мышечного расслабления. Предложил термин и детально разработал методику аутотренинга (AT) немецкий профессор-психиатр Шульц (1884 - 1.970). AT помогает быстро снять излишнюю нервно-мышечную напряженность, волнение, проявление неврозов и вегетативно-сосудистой дистонии, головные боли, вялость, раздражительность, неприятные ощущения, позволяет управлять настроением, мобилизовать все душевные и физические силы на достижение поставленной цели, помогает уснуть в любое время суток для кратковременного эффективного отдыха, уменьшить потребность в ночном сне.

Освоить AT может практически любой человек, но более легко он дается людям, способным вызвать в сознании яркие живые образы. Овладение основами AT требует систематических занятий в течение 2-4 месяцев. Поэтому те, кто ожидает чуда в ближайшие 1-2 недели, будут разочарованы. В период освоения рекомендуется заниматься три раза в день: 10 минут утром (лежа, как только проснулись), 5 минут днем (например, во время обеденного перерыва) и 10 минут перед сном, в постели.

Классическую методику Шульца проверили на себе сотни тысяч людей.

Шульц предполагает последовательно овладеть формулами самовнушения: «правая рука тяжелая», «сердце бьется спокойно и ровно», «правая рука теплая», «дыхание спокойное и ровное», «лоб приятно прохладен». Чтобы внушаемое ощущение реализовалось, необходимо все внимание сосредоточить на соответствующей части тела. Очень важно,, чтобы формулы не произносились бессмысленно, автоматически или как грубый приказ телу. Надо стараться ярко, образно представлять себе то, что должно ощущаться: вот рука наливается тяжестью, которая сосредоточивается в кисти и распирает ее, вот она ощущает дуновение теплой струи воздуха, тепло все усиливается... легкие с наслаждением вдыхают чистый ароматный воздух... Формулы следует произносить на выдохе. Каждое занятие следует заканчивать произнесением формулы, снимающей внушенную тяжесть: «Руки напрячь. Согнуть. Дышать глубоко. Открыть глаза. Расслабить руки». Когда AT проводится перед сном, эти фразы не произносят.

После того как основные формулы будут усвоены, т. е. без особых усилий ощущается то, что внушается, приступают к формулам намерения. Эти формулы разнообразны и должны быть актуальны, кратки, утвердительны, например, «голова свежая, ясная, боль покидает ее», «я справлюсь с этим делом», «я выдержанный, уверенный в себе человек», «я хорошо отдохнул», «я заряжаюсь энергией», «я засыпаю» и т. п. С самого начала тренировок используется одна форма намерения: «Я совершенно спокоен». Она произносится перед каждой из пяти основных формул.

Спустя примерно три месяца после начала занятий AT, каждая тренировка должна представлять определенную последовательность формул, каждую из которых необходимо повторять по 3-6 раз, после чего произносится слово «покой». Руки, ноги, все тело тяжелое... тяжелое. Руки, ноги, все тело теплое... теплое. Сердце бьется спокойно. Дыхание спокойное. Лоб приятно прохладен. Формула намерения. Формула снятия расслабленности.

Овладев основами AT, следует поддерживать приобретенные умения, помня, что каждое занятие, даже без формулы намерения, - это кратковременный, но очень эффективный отдых, снимающий усталость и нервное напряжение. Днем в подходящий момент можно легко привести себя в состояние аутогенного 10-15 минутного полусна-полубодрствования, обычно это делается в позе «кучера»: сидя, голову опустить на грудь, ноги слегка расставить и согнуть под тупым углом, руки положить на бедра, глаза закрыть. Можно воспользоваться и такими позами: сидя за столом, подпереть голову руками и опустить ее на предплечья. Лучшая поза та, которая доступна и привычна. Люди, хорошо владеющие AT, могут, не принимая специальной позы и не заставляя себя погружаться в полусонное состояние, реализовать формулы внушения, эффективно управлять своим психическим состоянием, настроением, поведением.

**Литература**

1. Еникеева Д.Д. Основы популярной психиатрии. Д.: Сталкер, 1997. С. 171-172.

2. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Изд. 2-е доп. и перераб. - Л.: Медицина, 1985. Гл. XXIII, с. 378-385.

3. Селецкий А.И. Психопатология детского возраста. К.: Вища школа. Головное изд-во, 1987. С. 154-163.

4.Леви В. Искусство быть собой: Индивидуальная психотехника. – М.: Знание, 1991.