

| | |
|---|-----|
| Введение | 5 |
| Глава 1. Как развивается поведение, память и интеллект ребенка | 10 |
| Этапы нормального развития моторного и сенсорного поведения ребенка с 6 месяцев до 6 лет | 10 |
| Этапы развития интеллекта и памяти в онтогенезе | 11 |
| Критические отклонения от нормального развития в раннем возрасте | 20 |
| Глава 2. Что такое «минимальная дисфункция мозга» | 29 |
| История возникновения понятия | 29 |
| Современное классифицирование МДМ: | |
| выделение гиперактивности | 35 |
| Нарушения речи, навыков чтения и письма у детей | 38 |
| Глава 3. Как взаимодействуют структуры головного мозга | 41 |
| Левый мозг, правый мозг: речь и взаимодействие полушарий | 41 |
| Взаимодействие между структурами головного мозга | 53 |
| Глава 4. Как обучать детей: основные подходы | 57 |
| На стороне ребенка или на стороне болезни? | 57 |
| Школьные проблемы | 64 |
| Глава 5. Профилактика и лечение пограничных психических расстройств: важен ли системный подход | 72 |
| Профилактика: до рождения и первый год жизни | 72 |
| Сон, его механизмы и особенности у детей | 75 |
| Нарушения сна у детей: активность во сне, длительное засыпание, энурез | 81 |
| Биологические механизмы коррекции пограничных расстройств | 91 |
| Системный подход к лечению | 93 |
| Частные комплексные и дидактические методы | 106 |
| Заключение | 121 |
| Список литературы | 126 |

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАСТРОЙСТВ: ВАЖЕН ЛИ СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД

Профилактика: до рождения и первый год жизни

Профилактика означает предупреждение заболеваний превентивными методами, т. е. без лечения. Профилактика детских заболеваний включает в себя прежде всего обследование здоровья родителей будущего ребенка. В развитых странах существует такое понятие, как «запланированная беременность», когда люди, которые хотят иметь ребенка, еще до беременности будущей матери проходят полное медицинское обследование. Оно включает в себя генетическую, соматическую и психологическую составляющие. При генетическом обследовании определяется, не является ли родитель носителем патологических генов, для чего исследуется генетический материал самого родителя и составляется карта генофонда всех его родственников — так называемое генеалогическое древо. Построение генеалогического древа является важнейшим этапом генетического консультирования. Кроме того, для современной медицинской генетики, использующей комбинированные сегрегационные модели, очень важны результаты анализов, рентгенологических исследований, определение групп крови, типов тканевых антигенов и т. д. Такими способами можно определить не только классические наследственные заболевания по Менделю, например гемофилию, но и предрасположенность к некоторым психоневрным и соматическим заболеваниям, не считающимся чисто наследственными (например, маниакально-депрессивный психоз, сахарный диабет, некоторые формы рака и т. п.) [Файнгольд, 1987; Lalouel, 1983]. Сбор этих данных занимает много времени и стоит довольно дорого, если, конечно, генетическому консультированию не подвергался ранее кто-либо из ближайших родственников. Когда культура генетического консультирования уже внедрена в общество и рассматривается как нечто обычное, процесс значительно упрощается.

Необходимо также отметить, что, несмотря на относительно маленький процент заболеваний, связанных с хромосомными aberrациями среди

новорожденных детей (около 1%), частота их у беременных примерно в 10–15 раз больше. Организм женщины имеет немаловажную степень защиты. Он сам тестирует генетические сбои и реагирует на них выкидышами (спонтанные аборт). «Подавляющее большинство беременностей, при которых произошли крупные изменения структуры хромосом, прерываются на ранних стадиях» [Коротяев, Лищенко, 1987, с. 192]. Поэтому если был выкидыш, это четкий сигнал организма о наличии проблем с деторождением. В этом случае перед последующей беременностью просто необходимо пройти полное генетическое и соматическое обследование, которое обязательно делается в тестах. Оно включает в себя обследование работы важнейших органов тела: сердца, почек, печени и других, как в обычном состоянии, так и под действием физиологических нагрузок. Скажем, для обследования работы почек применяются различные солевые нагрузки. Для обследования работы сердца — физические нагрузки (бег на движущейся беговой дорожке, работа на тренажерах и т. п.). Во время беременности, даже на самых ранних сроках, применять большинство из таких нагрузок нельзя, да и лечить больной орган тоже поздно. Вот и получается, что внешне мать вполне здорова, а в действительности некоторые ее органы, например почки, еле-еле справляются с обеспечением собственного организма, и двойную нагрузку во время беременности выдержать никак не смогут. А почки — это фильтры крови. Если они плохо справляются со своими функциями, плохо очищается кровь, в мозг плода начинают поступать вредные вещества, которые тормозят развитие детского организма, в том числе и самого мозга. Чем взрослее плод, тем больше усугубляется ситуация. Вот почему, судя по нашим данным, более чем в 70% случаев МДМ у детей связаны с так называемым пиелонефритом беременных, с почечными заболеваниями матерей до или в процессе предыдущих беременностей.

Обследование психического здоровья будущих отца и матери также имеет большое значение, и не только в отношении возможного генетического наследования. Процесс воспитания ребенка, особенно в первые годы его жизни, требует много физических и моральных сил, требует большого расхода нервной энергии, к чему могут быть не готовы будущие родители. Особо высокие требования предъявляются к психическому здоровью матерей, так как именно на них падает наибольшая нагрузка в первые годы жизни ребенка. Эти женщины, как правило, не работают, т. е. лишаются привычного социального общения, а новая работа по воспитанию ребенка, особенно если это первенец, им практически не знакома и требует быстрого приобретения многих, достаточно сложных навыков. Они зачастую лишены всякой помощи, так как их собственные родители (бабушки и дедушки ребенка) живут отдельно и, как правило, работают, муж тоже должен рабо-

тать за двоих, чтобы обеспечить нормальное содержание семьи. Женщине потребуется много сил, чтобы выдержать свалившиеся на нее непомерные нагрузки. Конечно, вера и бесконечная любовь к своему ребенку поддерживают ее на этом трудном пути, но лучше подготовиться заранее.

Существует немало доступных руководств по психической саморегуляции, подготовке к беременности и родам. Однако лучше пройти специальные курсы в группе под руководством опытного психотерапевта. Общение женщин с одинаковыми проблемами уже само по себе является действенной психотерапией и позволяет образовать спонтанные группы взаимопомощи на последующий период послеродовой жизни молодых мам. Такая социальная поддержка является зачастую решающей для предупреждения нервных срывов в трудный первый год жизни ребенка.

Большую роль играет поведение женщины во время беременности. Это касается не только вредных для здоровья привычек, которые, безусловно, должны быть преодолены заранее, но и отношений со своим еще не родившимся ребенком. Современной наукой доказано, что ребенок реагирует на внешние раздражители, начиная с 3–4 месяцев внутриутробной жизни. Этот факт использовался во многих архаичных культурах, о чем говорят многочисленные исследования так называемых примитивных народов, проведенные в XX столетии [Мид, Макгрегор, 1951; Мид, 1988]. У большинства этих народов будущие отцы принимают активное участие в процессе беременности, не только поддерживая будущую мать морально и физически, но и общаясь с еще не родившимся ребенком. Доказано, что плод лучше слышит звуки низкой частоты, чем высокой. Поэтому он воспринимает голос отца лучше, чем голос матери, о чем неоднократно свидетельствует Ф. Дольго в своей книге [Дольго, 1997].

В одной из французских клиник используют развитие своеобразной системы связи между ребенком и родителями во время беременности. Легкими постукиваниями пальцев по животу «назначают свидание» плоду в определенное время. Ребенок просыпается, перемещается к этому месту и «отвечает» конкретными двигательными реакциями. Тогда отец начинает беседу с еще не родившимся младенцем. Врачи клиники «утверждают, что дети, родившиеся в тех семьях, где до рождения с ними играли в разговор, лучше развиты физически — например, они значительно раньше, чем другие, садятся... и они гораздо меньше других подвержены тревоге» [Дольго, 1997, с. 424].

Дольго считает, что принятая в современной европейской культуре концепция «незрелости малыша» приводит к многочисленным негативным проявлениям в поведении взрослых людей, его окружающих. Это может оказаться разрушительным в отношении формирования психики

ребенка, быть причиной многих заболеваний, в том числе соматических (например, аллергии, астмы и т. п.), и агрессивных тенденций в развитии личности. Поэтому весьма возможно, что ваши домашние «разборки» с беременной женой или в присутствии грудного ребенка могут быть причиной возникновения у него в дальнейшем нарушений сна, страхов, энуреза, заикания и других пограничных психических расстройств.

Точно так же не проходят бесследно «подвиги» беременных матерей на деловом поприще: сдача экзаменов в учебных заведениях, спешное завершение недоделанной работы во время декретного отпуска и т. п. Родить ребенка непросто, но еще труднее сохранить ему здоровье в первые месяцы жизни. «...Маленький человек требует столь же серьезного отношения, как и взрослые. Новорожденный не игрушка. Это полноценный человек, занявший место рядом со своими родителями, которые принимают его при появлении на свет и должны нести лежащую на них ответственность. ...В самом начале, при рождении, ребенок должен встретить не только разумное, рассудочное отношение, но и любовь всех участников этого события, выраженную в звуках его имени, в музыке обращения к нему» [Дольго, 1997, с. 423, 430].

Сон, его механизмы и особенности у детей

Наиболее частым показателем нездоровья ребенка в первый год жизни, да и в последующем, является нарушение сна. Сон — сложный активный процесс, в ходе которого устанавливаются определенные взаимоотношения между различными структурами головного мозга, происходит обмен информацией между хранилищами кратковременной и долговременной (в том числе генетической) памяти, а у младенцев, кроме того, идет интенсивный рост и формирование самих клеточных образований головного мозга.

Биологические основы механизмов сна еще не выяснены в достаточной степени, хотя на их исследование потрачено немало времени и сил ученых всего мира. Однако, что для нас немаловажно, удалось установить ряд структур головного мозга, причастных к процессам сна. К таким структурам прежде всего относится ретикулярная формация ствола головного мозга, которая при активации возбуждает нейроны коры головного мозга и тем самым поддерживает необходимый уровень бодрствования. Некоторые области ретикулярной формации резко усиливают свою активность непосредственно перед началом парадоксальной стадии (ПС) сна. Другие структуры ствола (моста) головного мозга — голубое пятно и

ядра шва — также обнаружили изменение активности при смене фаз сна. Активность нейронов в указанных образованиях максимальна во время бодрствования, несколько снижается на начальных стадиях медленного нового сна и практически полностью исчезает на стадии ПС. Эти структуры имеют непосредственные связи как с нейронами ретикулярной формации, так и с нейронами многих отделов коры головного мозга, а также с другими структурами, принимающими участие в генерации ритмической активности мозга. Кроме того, в ядрах голубого пятна вырабатывается до 80% всего нейромедиатора норадреналина, а в ядрах шва — большая часть медиатора серотонина. Оба медиатора имеют исключительно большое значение для нормального функционирования головного мозга и взаимодействия между его структурами. Избыток или недостаток этих медиаторов также играет важную роль в происхождении и развитии многих психических расстройств. Так, при некоторых формах аффективных психозов наблюдается недостаток серотонина, а при депрессии — недостаток норадреналина. Снижение активности норадренергических нейронов может наблюдаться при болезни Альцгеймера, которая характеризуется неспособностью больных соотносить поступающую информацию с прошлыми или будущими событиями. Более подробно о механизмах стадий сна читатель может узнать из нашей книги «Энурез у детей: традиционные и нетрадиционные методы терапии», вышедшей в издательстве «ЭЛБИ-СПб» в 2003-м и переизданной в 2005 году.

Интересный психофизиологический подход к объяснению функции парадоксальной стадии сна развивают исследователи В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский (1984). Они рассматривают эту стадию сна как необходимую активность мозга для компенсации дефицита поисковой активности в состоянии бодрствования. Поисковая активность может быть вызвана многими причинами, например, отсутствием удовлетворения жизненно важных, или как говорят физиологи, витальных потребностей: потребностей в пище, в продолжение рода (сексуальной), в безопасности и т.д. Кроме того, существует поисковая активность в чистом виде, когда все витальные потребности удовлетворены полностью. Такую активность называют исследовательской. Считается, что целью исследовательской активности является получение информации об окружающей среде. Она особенно важна во время развития животного или человека, но сохраняется и у взрослого. Причем, в отличие от витальных потребностей, потребность в исследовательской активности не может быть полностью удовлетворена при постоянном взаимодействии организма с окружающей средой. Изменяя содержание информации во внешней среде — обедняя или обогащая ее информацией, — можно в значительной степени

влиять на степень развития и даже на вес мозга. Особенно драматические последствия информационного голода в период развития наблюдаются у человека. Широко известный пример Каспара Краузе, которого держали в изоляции с раннего детства до юношеского возраста, весьма убедителен. Несмотря на усилия окружающих его врачей и педагогов, он оставался на стадии глубокой дебильности (слабоумия).

Исследовательская активность может служить мощным стимулом для какой-либо другой деятельности. Так, человекообразные обезьяны, без всякого поощрения, длительное время нажимали на рычаг, расположенный в экспериментальной камере, чтобы получить возможность на несколько минут заглянуть в окно соседней камеры. Сходное поведение или потребность в таком поведении у человека определяет то, что мы в обиходе называем любопытством. Если любопытство направлено на исследование в любой сфере человеческих знаний, оно получает название любознательности, а исследовательская активность получает название творческой активности. Творческая активность человека служит наиболее ярким доказательством существования самостоятельной потребности в поиске. Наиболее важные достижения в науке и искусстве, которыми определялся прогресс в развитии всего человечества на многие годы вперед, получены именно за счет этой потребности, сконцентрированной в наивысшей степени у отдельных личностей. Они, несмотря на целый ряд неблагоприятных обстоятельств, вызванных в большинстве случаев непониманием или завистью своих современников, часто вопреки удовлетворению своих витальных потребностей, добивались больших творческих успехов.

Проводились специальные эксперименты по определению самостоятельной поисковой активности на грани риска. Перед испытуемым ставилась довольно несложная задача: остановить на шкале стрелку перед определенным делением. За выполнение задачи выплачивалось небольшое вознаграждение, а в случае неудачи — налагался большой штраф. По условию задачи испытуемый мог остановить стрелку на сколь угодно большом расстоянии перед контрольной чертой. Это гарантировало выигрыш в каждом отдельном опыте. Однако вопреки очевидной выигрышной стратегии, большая часть испытуемых стремилась от опыта к опыту остановить стрелку все ближе и ближе к контрольной черте, рискуя проскокить черту и потерять все выигранное ранее. Таким образом, эксперимент показал, что люди сами усложняли себе задачу и, по-видимому, единственным поводом к этому была потребность в поисковой активности.

Если уж поисковая активность заложена в человеке и животных природой, то она имеет какую-то важную биологическую цель, и цель эта

заключается в приобретении новой информации об окружающей среде, иногда имеющей определяющее значение не только для отдельного организма, но и для всей популяции в целом. Следовательно, отказ от поиска может нанести вред как индивиду, так и всей популяции. Хотя потребность в поисковой активности заложена генетически, сама ее реализация в значительной степени определяется внешней средой. Весьма важны факторы внешней среды (в частности, воспитание и социальное окружение) для проявления поисковой активности у человека, у которого физиологические механизмы, обеспечивающие поисковую активность, формируются относительно поздно. Длительный этап развития ребенка в отсутствие поиска требует особенно внимательного и доброжелательного отношения к нему, что обеспечивает в дальнейшем чувство уверенности в себе и бесстрашие в поиске. На более позднем этапе развития, когда механизмы поиска уже сформированы, одинаково вредны и отрицательно сказываются на развитии поисковой активности как ограничение свободы поиска, так и полное удовлетворение всех желаний ребенка.

Под влиянием ошибок в воспитании, у взрослого индивида возникают два варианта отказа от поиска в зависимости от типа нервной деятельности человека и внешних условий. При первом варианте субъект считает, что сложившаяся ситуация для него всегда достаточно хороша, хотя объективно она может быть и не оптимальна, а главное, не соответствует его человеческим возможностям. Он может изменить ситуацию в лучшую для себя сторону, но ничего для этого не предпринимает, руководствуясь принципом «от добра добра не ищут». Поисковая активность в этом случае прекращается из-за опасения ухудшить настоящее состояние дел, вполне удовлетворительное с точки зрения данного человека. С течением времени подавленная потребность в поиске дает о себе знать и часто проявляется в расстройстве нервной деятельности, выражающейся навязчивым предчувствием неизбежности плохого или даже трагического события «Все слишком хорошо, чтобы продолжаться долго».

Другой вариант отказа от поиска наблюдается в условиях, когда человеку кажется, что все его усилия не могут изменить сложившуюся ситуацию, которая оценивается им как плохая или даже очень плохая. Такой отказ от поиска наиболее травматичен для здоровья человека и почти неизбежно приводит к развитию психических или телесных заболеваний. Последние, как правило, возникают на фоне депрессий, т. е. такого состояния, при котором все внешние воздействия воспринимаются как вредные, направленные против данной личности. Поэтому человек стремится уйти от всяких внешних раздражителей, замыкается в себе, концентрируется на внутренних переживаниях и мыслях. Все это еще больше ослабляет

психику и становится благоприятным фоном для развития соматических заболеваний. Наверное, вследствие этого и появилась знаменитое выражение: «Все болезни от нервов».

При таком варианте отказа от поиска положение усугубляется еще и тем, что у каждого индивида существует опыт подобного поведения, полученный в раннем детстве. Как отмечалось, на ранних этапах развития ребенка, когда физиологические механизмы реализации поиска не сформированы, единственной его реакцией на внешние раздражители может быть пассивно-оборонительная, являющаяся своего рода прототипом депрессии. Оживление в памяти следов такого поведения, особенно в случае неправильной реакции родителей на пассивно-оборонительное поведение, может привести к возникновению связи прежнего опыта с ситуацией, возникшей тогда, когда человек стал взрослым, и возникновению неврозов, корни которых лежат в раннем детстве. Таким образом, получается, что в сложных стрессовых ситуациях человек как бы возвращается на более ранние ступени своего развития. Так как второй вариант отказа от поиска в силу внешних условий является наиболее распространенным, многие психиатры считают, что основы большинства психических заболеваний закладываются в детстве, в неправильном воспитании и развитии психики ребенка. Из сказанного выше становится ясно, какое важное значение для сохранения здоровья имеет поисковая активность. Но вернемся к разговору о парадоксальной стадии сна. Так, В.С. Ротенберг и В.В. Аршавский предположили, что эта стадия сна служит своего рода компенсацией отказа от поиска в состоянии бодрствования. Проигрываемая в сновидениях как в театре, поисковая активность использует те же схемы мозга, что и в активных реальных действиях. Тем самым уменьшается потребность в реальной поисковой активности и смягчается влияние такого отказа на поведение и психическое состояние данного человека. Отсюда ясно, почему у людей с высокой поисковой активностью, например, известных писателей, ученых и т. д., общая потребность во сне значительно меньше, чем у большинства других людей. Сокращение потребности сна происходит у них за счет значительного сокращения именно парадоксальной стадии, несмотря на то, что неудовлетворенных желаний у этой категории лиц не меньше, чем у других, а вероятно даже значительно больше. Отсюда также ясны причины повышения продолжительности утреннего (парадоксального) сна и общая утренняя сонливость у детей-невротиков.

Формирование стадий сна наблюдается с 37-й недели внутриутробного развития плода, когда начинают отличаться ЭЭГ сна и бодрствования. После 1-го месяца жизни у младенца значительно усиливается медленно-волновая активность, в конце 2-го месяца появляются веретена сна, в кон-

це 3-го месяца отмечается образование высокоамплитудных ритмически медленных волн, которые в дальнейшем преобладают в ЭЭГ сна примерно до 2 лет. В начале третьего года жизни ЭЭГ сна ребенка становится сходной с ЭЭГ сна взрослого человека [Шеповальников, 1971].

В результате многочисленных экспериментов удалось установить, что самой важной для организма взрослого человека является стадия медленноволнового сна — 4-я, а следующей по значению — стадия быстроволнового сна, или парадоксальная. Так как четвертая стадия имеет наибольшее представительство в первых двух циклах сна — в вечернее время, примерно с 21 до 24 часов, что связано, по-видимому, с геомагнитными факторами данной местности, то сон в эти часы является наиболее полезным для человека в отношении снятия нервных стрессов и компенсации развивающихся патологических взаимоотношений между структурами головного мозга. Этот факт, кстати, был давно замечен на Востоке. Восточные медицинские трактаты, самым древним из которых считается индусская Аюрведа Шаррака (Аштанга-хридая-самхиты), говорят вполне определенно, что одна стадия сна с 22 до 24 часов может полностью заменить весь ночной сон. Однако не будем забывать, что в те времена была широко распространена практика медитации — введение себя в состояние, подобное сну. Поэтому древние рекомендации не всегда полностью применимы в современной жизни.

Дневной сон, как показывают исследования, не приводит к появлению медленноволновой активности в ЭЭГ, и дает только физический отдых. Кроме того, он в значительной степени нарушает общую циклическую активность сна-бодрствования, что вредно влияет на самочувствие и продолжительность вечернего засыпания. Отсюда следует, что детям после 2–3 лет, у которых сформировалась циклическая активность сна, дневной сон противопоказан. Он не приводит к компенсации дневных стрессов, зато нарушает продолжительность засыпания в вечерние часы и вредно влияет на здоровье ребенка.

Становление цикла сон-бодрствование является важнейшим этапом развития и созревания нервной системы ребенка. Как показывают наблюдения [Pargmelee et al., 1964], сон новорожденных состоит из множества коротких периодов непосредственного сна и бодрствования, распределенных в случайном порядке. К 16 недельному возрасту происходит значительное удлинение непрерывных периодов сна и вдвое увеличивается соотношение между ночным и дневным сном (в пользу ночного сна). Важной составляющей сна является поведенческая активность, которая выражается в определенных позах и движениях и также изменяется (созревает) с возрастом. Поза новорожденного характеризуется симметрич-

ным расположением тела на спине с незначительно отклоненной назад головой. Тонус мышц конечностей и тела увеличен. Преобладают тонус сгибателей. Руки скрещены и прижаты к щекам. Ноги согнуты, перекрещены и подтянуты к животу. На 9-й день жизни повышенный тонус мышц изменяется так называемым пластическим тонусом, что проявляется в застывании конечностей во время сна в приподнятом положении. Такая поза остается характерной для сна примерно до 6-месячного возраста.

С 6 месяцев происходит снижение тонуса мышц во сне, и ребенок принимает позу полного расслабления: спит на спине с раскинутыми руками и ногами. Такая поза сохраняется в норме до 1–1,5 лет. Затем наступает этап появления чередующихся во времени эпизодических неустойчивых поз, наиболее частой (в 43% наблюдений) из которых является поза «на животе». После 3 лет и эта поза исчезает. Формируется «любимая поза» сна, которая сохраняется практически всю жизнь, до старческого возраста [Гольбин, 1979].

Как показывают многочисленные наблюдения, «любимая поза» сна довольно четко характеризует как особенности личности взрослого человека, так и нарушения его психического равновесия. «Основная поза, которую принимает индивидуум во сне, столь же показательна по отношению к его образу жизни, как и все другие показатели, с которыми мы встречаемся на сеансах терапии: личностные характеристики, реакция на себя и людей, как в прошлом, так и во время проведения исследований» [Данкелл, 1994, с. 87]. Хорошо известна древняя восточная поговорка, в которой перечислены основные позы спящих: «Король спит на спине, мудрец — на боку, а богач — на животе». И уж если взрослые с хорошо сформированной и отработанной практикой и системой психологической защиты раскрывают особенности своей психики в позах сна, то для детей разнообразные позы и формы двигательной активности во сне должны играть еще более важную диагностическую роль. Поэтому мы рассмотрим их подробно в следующем разделе.

Нарушения сна у детей: активность во сне, длительное засыпание, энурез

Обычно патологии сна квалифицируют в зависимости от стадии сна, в которой они наблюдаются. С практической стороны более удобна квалификация, предложенная А.Ц. Гольбиным (1979), объединившим наблюдаемые явления в однородные группы, составляющие которых способны

взаимозаменяются в зависимости от возраста и глубины нарушения сна. Таких групп пять:

- 1) стереотипные движения, связанные со сном (качание, биение, сосание пальцев во сне и другие);
- 2) пароксизмальные явления во сне (вздрагивания, бруксизм, или скрипение зубами, ночные страхи, астма, потение, энурез и другие);
- 3) статические феномены сна — странные позы;
- 4) сложные формы психической деятельности во сне (снохождение, сноговорение, кошмарные сновидения);
- 5) нарушения «переключений» в цикле сон-бодрствование у детей (нарушение засыпания, нарушение пробуждения, инверсия сна и бодрствования).

Мы рассмотрим только наиболее часто встречающиеся на практике патологии сна, входящие в состав перечисленных групп.

Стереотипные движения. Чаще всего стереотипные движения наблюдаются в первый год жизни ребенка в ответственные моменты его развития (например, при обучении ходьбе). Их рассматривают «как соматическую реакцию на неуравновешенное состояние вестибулярного анализатора» [Гольбин, 1979, с. 110]. Считается, что для созревания медленного сна необходимы внешние ритмические раздражители, например, такие как ритмические движения тела при укачивании и ритмические движения губ при сосании. При поведенческих нарушениях в естественном развитии ребенка (раннем отнятии от груди, искусственном вскармливании, нарушающем телесный контакт с матерью, тугом пеленании, частых болезнях и т. п.), замедляется созревание механизмов синхронизации, и организм вынужден прибегать к экстренным мерам, чтобы восстановить темп развития этих механизмов. Поэтому он усиливает некоторые из встречающихся в норме элементов двигательной активности, которые начинают казаться патологическими. Чем раньше в ходе созревания систем мозга появляются нарушения, в частности из-за патологий перинатального периода (МДМ и т. п.), тем в большей степени начинает проявляться такая двигательная активность, которая может выйти из-под контроля физиологических механизмов сна и распространиться на дневное поведение. Из разряда компенсаторных процессов стереотипные движения переходят в разряд патологических.

Наблюдаются по крайней мере три выраженных типа стереотипных движений, развивающиеся последовательно с возрастом ребенка и часто переходящие из одной формы в другую.

Качания во сне — лежа на спине с закрытыми глазами, ребенок совершает строго ритмичные маятникообразные качающиеся движения головой из стороны в сторону. Эпизод качания может занимать до 5–10 мин,

по начинается, как правило, с нескольких движений. При легкой степени мозгового нарушения качания возникают во время засыпания или пробуждения, при более тяжелой — увеличивается интенсивность и размах колебаний, частота проявлений в течение ночи и во время дневного сна, а иногда и во время бодрствования, при сильном волнении. Днем большинство из детей, подверженных качанию во сне проявляют склонность к гиперактивности. Они часто сосут пальцы, грызут ногти, совершают разнообразные навязчивые движения. Интеллект у таких детей (при тестировании) соответствует возрастной норме или даже превышает ее, но отличается неравномерностью развития: больше развиты художественные способности, чем логические. Дети часто страдают неусидчивостью и трудностями в концентрации внимания. Качания могут выявляться даже при внутриутробном развитии, но чаще всего появляются до 6 месяцев жизни ребенка. В 90 % случаев с возрастом исчезают самопроизвольно.

«Биения» во сне — спящий ребенок, лежа на животе и приподнимаясь на вытянутых руках, бьется лбом или щекой о подушку. Движения следуют в ритмическом порядке, сериями по 5–15 движений с короткими промежутками между сериями. Возникают несколько раз в течение ночи. В отличие от качаний, ребенок об этих движениях не помнит. Проявляются они до года жизни ребенка. Для этого феномена характерна связь с нерезкими органическими поражениями головного мозга и частыми чередованиями с энурезом.

Движения во сне типа «челючка» — ребенок во сне переворачивается на живот, становится на четвереньки и начинает интенсивно раскачиваться в передне-заднем направлении. Движения эти возникают при переходе от сна к бодрствованию. Они проявляются в возрасте от 1,5 до 3 лет и часто связаны с предшествующими соматическими заболеваниями (пневмония, отит, астма и другие), а также с другими формами стереотипных движений.

Сосание пальцев и языка возникает с рождения (наблюдаются также внутриутробно) в процессе засыпания и, как правило, связано с нарушением грудного вскармливания и другими нарушениями поведения по отношению к ребенку (см. выше).

Можно выделить по крайней мере три психологических защитных механизма перечисленных выше движений: потребность в успокоении и расслаблении; потребность в высвобождении внутреннего напряжения; потребность ухода от неприятной ситуации. В соответствии с этим во всех случаях лечение рекомендуется начинать с увеличения внимания к ребенку, но только не в свехопеке и бесконечных назиданиях. Следует применить ритмотерапию, которая может выражаться в регулярном