

# Wojciech Gruszczyński

---

## Mikrouszkodzenie mózgu (minima brain damage) jako zagrożenie realizacji procesu nauczania i wychowania

---

Pedagogika Rodziny 5/3, 127-135

---

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

**Wojciech Gruszczyński**

Spółeczna Akademia Nauk

## **Mikrouszkodzenie mózgu (*minima brain damage*) jako zagrożenie realizacji procesu nauczania i wychowania**

### **Minimal brain damage as a threat to the didactical and educational process realisation**

**Abstract:** In the years 1916–1989 104 men (68% boys examined in the 60th) of the average age of 36 underwent catamnestic examinations. They were stated in 1960–62, according to clinical documentation of delivery to have the birth brain injury. The main aim of the work was to try to explain whether the particular disturbances of children and teenagers with M.B.D. are only passing episodes or they transfer into the psychic disturbances when patients grow up, and also to find out if there is any relation between them. The results of the examination after 25 years proved but the organic irreversible damage of the central nervous system in 71% of men and in 60% of cases the birth injury was the only factor and in the rest one site was one of many reasons. The clinical manifestation of the diagnosed organic brain damage after the birth injury in the case of grown-ups were: wrong developed personality mainly in the emotional sphere, psychosomatic diseases with aggravated vegetative reactions, incorrect results of additional tests and also disability to functioning in society with social unfitness. In the light of the examinations it seems that birth injury is a very important risk factor for unfitness to modern civilization.

**Key-words:** encephalopathy, brain damage, follow-up study

## Wstęp

W XXI wieku w światowym i polskim piśmiennictwie pedagogicznym pojawiło się nowe pojęcie, a mianowicie: neuropedagogika (neurodydaktyka). Jest ono określane jako interdyscyplinarny kierunek nauki (wiedzy) o budowie i funkcjonowaniu mózgu w aspekcie dostosowania i doskonalenia procesu nauczania i wychowania dzieci i młodzieży. Interdyscyplinarny oznacza korzystający z dorobku: neurobiologii, psychologii (neuropsychologii), psychiatrii (w tym zwłaszcza dziecięco – młodzieżowej). Pod pojęciem mikrouszkodzenia mózgu (*minima brain damage* MBD) należy rozumieć dyskretne zespoły organiczne, bez upośledzenia funkcji intelektualnych, bez patologii neurologicznej, natomiast w obrazie psychopatologicznym dominują zaburzenia sfery poznawczej i emocjonalno – wolicjonalnej (czyli charakteru).

W piśmiennictwie światowym można spotkać inne nazewnictwo określające MBD, a mianowicie: minimalna dysfunkcja mózgowa; mała dysfunkcja neurologiczna; dziecięcy zespół uszkodzenia mózgu; egzogeny wczesnodziecięcy zespół psychoorganiczny; dziecięca lekka encefalopatia; psychopatia organiczna; charakteropatia; mikrozaburzenia ośrodkowego układu nerwowego; encefalopatia po wczesnodziecięcym (porodowym) uszkodzeniu mózgu i inne.

Jako etiologię mikrouszkodzenia mózgu (MBO) wskazuje się na trzy zasadnicze czynniki, a mianowicie:

1. stresory fizyczne i psychiczne matki w czasie ciąży;
2. uraz okołopłodowy;
3. uszkodzenia mózgu w okresie wczesnodziecięcym do 3 roku życia.

Analizując aspekt epidemiologiczny, światowe statystyki podają, że dzieci z objawami MBD występują co najmniej u 7 do 22% bieżącej populacji. Funkcjonują one w normalnych układach społecznych, stwarzając poważne trudności wychowawcze w procesie edukacji, rzadziej problemy zdrowotne. U dzieci przejawiających cechy patologii społecznej, grupa z objawami MBD stanowi aż 60–80% populacji. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że ciężkie uszkodzenia mózgu u dzieci pod względem klinicznym przybierają jedną z trzech postaci tzw. porażenia mózgowego z wyraźnymi objawami neurologicznymi. Stosunek dzieci z porażeniami mózgowymi do dzieci z MBD wynosi 1:8.

Pod względem kryteriów diagnostycznych dzieci z MBD charakteryzuje obecność następujących wskaźników:

1. **Zaburzenia sfery poznawczej** tzn.: męczliwość, wyczerpywalność uwagi, zmniejszenie pojemności uwagi, osłabienie uwagi biernej, obniżenie zdolności uczenia się, ograniczenie zdolności planowania.
2. **Zaburzenia sfery emocjonalnej i dążeniowej:** chwiejność emocjonalna, drażliwość, dysforia, nietrzymanie afektu, zaleganie afektu, nieumotywowane wybuchy złości, działania impulsywne.

3. **Patologiczny wynik w badaniu psychologicznym**, tzn. znamienne różnice między skalą słowną a bezsłowną w teście Wechslera, istotne błędy w teście Bentona.
4. **Nieprawidłowy lub patologiczny zapis EEG**, w obrazowaniu w **tomografii komputerowej (TK)**, **rezonansie magnetycznym (RM)** lub **funkcjonalnym rezonansie magnetycznym (f.RM)**.
5. **Objawy ogniskowe**, ubytkowe lub tzw. miękkie objawy neurologiczne.
6. **Przewlekły przebieg** zaburzeń psychicznych, mała podatność na terapię.
7. **Obniżenie** (zaburzenia) zdolności adaptacyjnych.
8. Przedstawiony powyżej problem był tematem wieloletnich badań zakończonych rozprawami habilitacyjnymi mojego Mistrza i Nauczyciela prof. dr. hab. med. Zdzisława Rydzyńskiego [1963] oraz autora Wojciecha Gruszczyńskiego [1991]. Wyniki tych badań zostały przeze mnie zaprezentowane na II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt.: „Pedagogika w służbie instytucjonalnej profilaktyki zagrożeń i patologii społecznych oraz resocjalizacji” w dniu 26 marca 2015 w Balchatowie.

### **Cel publikacji**

Zasadniczym celem była próba przybliżenia uczestnikom II Konferencji (zwłaszcza nauczycielom i wychowawcom) dynamiki obrazu psychopatologicznego i funkcjonowania społecznego dzieci i młodzieży z rozpoznaniem MBD oraz wpływu tych zaburzeń na dalszy rozwój osobowości.

### **Materiał i metoda**

Zostały one szeroko omówione we wspomnianych rozprawach habilitacyjnych. Z. Rydzyński badał w latach 1960–62 dzieci w wieku 7–11 lat, uczęszczające do „normalnych” szkół podstawowych, których jedynym obciążeniem było przebycie urazu okołoporodowego potwierdzonego szpitalnie skalą APGAR.

Po 25 latach autor publikacji (W. Gruszczyński) poddał badaniom katamnetycznym 68% populacji badanych w latach 60- tych chłopców (średnia wieku w chwili badania wynosiła 37 lat). Wyniki obu badań zostały przedstawione w formie opisowej prezentującej rozwój osobowości statystycznego badanego od okresu wczesnego dzieciństwa aż do dorosłości.

Wydaje się, że przyjęty sposób prezentacji wyników badań będzie bardziej jasny, klarowny i zrozumiały dla środowiska pedagogicznego.

### **Dynamika obrazu klinicznego (linii życiowej) statystycznego badanego z rozpoznaniem MBD**

Badany rodzi się jako pierwsze dziecko w rodzinie z porodu przedłużonego z zamartwicą. W okresie wczesnego dzieciństwa jego rozwój psychomotoryczny

jest opóźniony. Występują liczne objawy psychopatologiczne i dolegliwości somatyczne, takie jak: nadpobudliwość psychoruchowa, zaburzenia snu, bóle głowy, moczenie nocne, płaczliwość, lękliwość, wzmożone objawy wegetatywne. To powoduje, że wymaga troskliwej opieki ze strony matki. Od tego czasu łączy go z matką silny pozytywny związek emocjonalny. Ojciec trochę zawiedziony „innością” syna i zajęty pracą zawodową nie wykazuje specjalnej troski, zwłaszcza w sferze uczuciowej. Stąd później niechętny, a nawet wrogi stosunek badanego do ojca.

Somatycznie nie choruje częściej niż inne dzieci, przechodząc typowe dla wieku choroby zakaźne, pasożytnicze i górnych dróg oddechowych. Objawy psychopatologiczne nie są obserwowane przez rodziców jako zaburzenia (choroby) psychiczne, tym bardziej, że sfera intelektualna dziecka rozwija się prawidłowo. Jego nadruchliwość lub spowolnienie, krnąbrność, bierność w kontaktach z rówieśnikami, skłonność do psocenia itp. są traktowane jako typowe dla dziecka okres przekory lub co najwyżej jako odmienność osobnicza, a nie zaburzenia zdrowotne, zwłaszcza psychiczne. Dlatego rodzice nie korzystają w tym czasie z porad psychiatry i psychologa. Jednak po pewnym czasie, gdy różne metody wychowawcze nie skutkują, udają się do lekarza psychiatry. Najczęściej zostają uspokojeni, że „dziecko z tego wyrośnie”, a objawy „mają charakter przejściowy”. Rodzice cierpliwie oczekują na poprawę, mając nadzieję, że nastąpi ona z momentem nauki w szkolnej.

Bez opóźnienia, w wieku 6–7 lat badany rozpoczyna edukację w szkole podstawowej. W pierwszej klasie jego zaburzenia zachowania tłumaczone są przez dorosłych (rodziców i nauczycieli) jako utrudniony okres adaptacji do nowych warunków społecznych. W następnych klasach szybko jednak zyskuje opinię „trudnego ucznia”. Ponieważ nauka nie sprawia mu szczególnych trudności, oceniany jest jako „zdolny, ale leniwy i niegrzeczny”. Nasilone zaburzenia zachowania wynikają z objawów psychopatologicznych, a zwłaszcza nadruchliwości. Nauczyciele i wychowawcy stosują w stosunku do niego te same, a niekiedy ostrzejsze metody wychowawcze, rosną wymagania, nakazy i zakazy, które mają doprowadzić do właściwego efektu wychowawczego. Niestety, konflikty z rówieśnikami i nauczycielami zaostrzają się, a konflikty interpersonalne dziecka nacechowane są bądź agresją, bądź izolacją i zamknięciem w sobie. Konflikt szkolny przenoszony jest do domu rodzinnego, a stosunki emocjonalne z rodzicami i rodzeństwem destabilizują się. Ta sytuacja powoduje, że dziecko zaczyna uświadamiać sobie swoją odmienność w porównaniu z rówieśnikami, ciężko przeżywa doznane niepowodzenia, nie czując się winne, a swoją sytuację życiową ocenia jako coś poniżającego. Każdy kolejny konflikt ze środowiskiem potęguje zaburzenia zachowania, a nacisk społeczny pod postacią „specjalnych metod wychowawczych” odbiera jako nieuzasadnioną agresję otoczenia. To z kolei rodzi

w dziecku negatywną ocenę środowiska. W piątej, szóstej klasie obserwuje się pierwsze przejawy dezadaptacji szkolnej pod postacią wagarowania, ucieczek z domu, kontaktów ze starszymi kolegami z grup nieformalnych. Zaburzenia zachowania rzutują negatywnie na wyniki w nauce. Jednak w okresie pokwitania łagodnieją objawy psychopatologiczne, a sprawny intelekt pozwala na krótką mobilizację przed końcem roku szkolnego i otrzymanie promocji do następnej klasy.

Kończy szkołę podstawową i kontynuuje naukę. Kolejny okres edukacji cechuje zaostrzenie zaburzeń zachowania, które są jednak „kompensowane” w opinii rodziców i nauczycieli względnie dobrymi i dostatecznymi wynikami w nauce. W tym czasie dość znacznie ulegają złagodzeniu, a nawet ustępują objawy psychopatologiczne wieku wczesnodziecięcego. Badany uzyskuje wykształcenie średnie lub zasadnicze, niekiedy próbuje nawet kontynuować studia bez powodzenia. Rozpoczyna pracę zawodową na stanowisku pracownika umysłowego lub robotnika. Wchodzi w dorosłe życie z opinią osoby zdrowej psychicznie i somatycznie. W sensie klinicznym cechuje go osobowość niedojrzała i inne trudno uchwytnie defekty psychiczne, nie różni się jednak zasadniczo od środowiska młodych ludzi.

W stosunkowo krótkim czasie (w wieku 20–25 lat) napotyka na ogromny napór bodźców psychospołecznych, które ocenia jako sytuację trudną, kryzysową. Do najbardziej obciążających czynników psychospołecznych tego okresu należą: służba wojskowa, pierwsza praca zawodowa, małżeństwo, często związane z urodzeniem dziecka, brak własnego mieszkania i perspektyw na jego utrzymanie, obowiązek utrzymania rodziny, zerwanie więzi rodzinnych i szkolnych związane z migracją, zamieszkiwanie wspólnie z teściami lub rodzicami, nowe środowisko społeczne itp.

W początkowej fazie naporu różnorodnych bodźców psychospołecznych, zarówno w skali mikro, jak makro, badany reaguje uczuciem dyskomfortu psychicznego, wzrostem napięcia emocjonalnego i okresowo nasilającymi się objawami psychopatologicznymi, wśród których dominuje lęk. Dzieje się tak co najmniej z trzech powodów, a mianowicie:

1. sytuacja społeczna jest dla niego nowa i nieznaną, liczba i siła bodźców psychospołecznych ciągle narasta, a rozwiązanie jej wypróbowanymi dotychczas mechanizmami obronnymi nie przynosi sukcesu;
2. osobowość badanego cechuje niedojrzałość emocjonalna i objawy infantyliizmu psychicznego;
3. dość znaczne jest osłabienie odporności psychicznej, a w związku z tym upośledzenie mechanizmów adaptacyjnych i kompensacyjnych, wynikające z organicznego defektu ośrodkowego układu nerwowego.

Brak pożądaných i efektywnych rozwiązań zaistniałej sytuacji oraz dalszy

nacisk bodźców psychospołecznych powoduje objawy dezintegracji czynności psychicznych i zaburzenia sprawności w działaniu społecznym. Przejawem psychicznym dezintegracji są następujące objawy psychopatologiczne: lęk często w postaci utajonej fobii i natręctw, zaburzenia snu, problemy seksualne, stany przygnębienne z przelotnymi myślami samobójczymi, zaburzenia psychosomatyczne. W stosunkowo krótkim czasie ujawniają się również dolegliwości somatyczne, takie jak: bóle głowy i karku (tzw. bóle z napięcia), wzmożone objawy vegetatywne, zaburzenie łaknienia i żołądkowo-jelitowe, a także układu sercowo-naczyniowego. Również wcześniej, bo już w trakcie odbywania służby wojskowej, ujawniają się pierwsze symptomy niedostosowania społecznego. Badany ma opinię żołnierza „trudnego wychowawczo”, dokonuje najczęściej samowolnych oddaleń, jest konfliktowy, spożywa alkohol lub samookalecza się. Kończy służbę wojskową, niekiedy zwalniany przed terminem przez wojskowe komisje lekarskie ze względów „psychiatrycznych” i powraca do poprzedniego środowiska społecznego. Tak zwane problemy życiowe nie tylko nie zostają rozwiązane, wprost przeciwnie, pojawiają się coraz to nowe trudności związane z konfliktami małżeńskimi, sytuacją zawodową itp. Nierozwiązanie ich przez badanego doprowadza do zaostrzenia, a następnie utrwalenia zaburzeń psychicznych, najczęściej charakteru i sfery emocjonalno-popędowej. W okresie zmian somatycznych pojawia się tendencja do wzrostu zachorowalności na choroby psychosomatyczne i nasilenie zaburzeń vegetatywnych. Obserwuje się również narastanie przejawów dezadaptacji społecznej, która przebiega według następującego schematu: zaburzenia psychiczne i somatyczne zmuszają badanego do szukania pomocy w celu złagodzenia ich dokuczliwości. Nie uświadamiając sobie przyczyn dolegliwości i uważając się za człowieka zdrowego, odrzuca propozycję, najczęściej rodziny, udanie się do lekarza, a tym bardziej psychiatry. Badany zauważa jednak, często przypadkowo, że alkohol, a także łatwo dostępne leki uspokajające powodują poprawę stanu psychicznego i somatycznego. Kompensacyjne używanie szybko przeradza się w nadużywanie, nawet z cechami nałogu. Alkohol staje się czynnikiem kryminogennym i badany wielokrotnie wchodzi na drogę przestępstwa lub popełnia wykroczenia karne. Innym mechanizmem odreagowania „spiętrzonych” zaburzeń emocjonalnych jest samookaleczenie się, spotykane najczęściej u osób z wykształceniem podstawowym, natomiast prób samobójczych dokonują częściej osoby z wykształceniem średnim. Badany całkowicie izoluje się od udziału w życiu społecznym, czas wolny spędza beczynnie, nie ma zainteresowań, często zmienia stanowiska i miejsca pracy z powodu konfliktów interpersonalnych z przełożonymi i współpracownikami. Narasta konflikt małżeński aż do stopnia znęcania się fizycznego i moralnego nad współmałżonkiem. Dochodzi nie tylko do całkowitej utraty zdolności adaptacyjnych, ale również nasilenia się ilościowego i jakościowego zjawiska patolo-

gii społecznej. Zaburzone funkcjonowanie badanego w środowisku powoduje swoiste zwrotne działania społeczne. Nasila to i utrwała patologiczny wzorzec reagowania emocjonalnego, charakteryzujący się skłonnością do przeżywania negatywnych długotrwałych, tłumionych emocji i popędów. Ulegają pogłębieniu i nasileniu zaburzenia psychiczne, wzrasta zachorowalność na choroby psychosomatyczne. Powoli zamyka się „błędne koło” wzajemnych uwarunkowań psychicznych, biologicznych i społecznych. Przewlekłe pozostawanie w sytuacji kryzysowej praktycznie bez perspektyw jej rozwiązania powoduje utrwalenie i zaostrenie zaburzeń, które pod wpływem działania alkoholu i nadużywania leków przybierają postać psychozy lub ciężkiej psychopatyzacji osobowości. W tym stanie badany zostaje kierowany do lekarza-psychiatry, jednak po kilkakrotnych wizytach w Poradni Zdrowia Psychicznego lub jednorazowym pobycie w oddziale psychiatrycznym nie kontynuuje leczenia.

### Leczenie MBD

Leczenie farmakologiczne zaburzeń psychicznych, powstałych na podłożu mikrouszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego, winno być prowadzone dwutorowo, jednocześnie uwzględniając dwa aspekty:

1. stosowanie środków usprawniających funkcjonowanie komórek nerwowych i układu krążenia mózgu;
2. leczenie objawowe specyficznych dla danego obrazu klinicznego zaburzeń psychopatologicznych.

**Ad. 1.** Do środków tych należą tzw. leki nootropowe, które stosowane w odpowiednich dawkach mają poprawić koncentrację, zdolność uczenia się. Wykazano, że wszystkie te leki wpływają korzystnie na spowolnienie rytmu EEG. Poprawa ukrwienia lub odżywiania (zwiększenie zażycia tlenu lub glukozy) przy stosowaniu środków nootropowych wpływa stymulująco na syntezę acetylocholinyl i zwiększa przeżywalność. Powoduje to aktywację i stymulację układu nerwowego, zwiększanie witalności, co wpływa na poprawę samopoczucia i zachowań.

Działanie nootropowe wykazują następujące leki:

- „klasyczne”
  - a. pochodne 2-pyrolidynonu: piracetam (nootopil), oksyracetam, pramiracetam, aniracetam, nebrecetam, nefiracetam, tenilsetam;
  - b. pirytytol (Enerbol) meklofenoksal, naftydrofuryl, suloktydył, cynaryzyna, bencyklan, deanol;
- poprawiające upośledzone krążenie:
  - a. alkaloidy sporyszu: Dihydroergotoksyna, Dihydroergokryptyna, dihydroergokornina, nicergolina;
  - b. alkiloksantyny: kofeina, teofilina, pentoksyfilina, denbulidyna;



c. dlihydrodropirydyna (nimodypina).

Leki nootropowe są po podaniu doustnym szybko absorbowane i zazwyczaj osiągają maksymalne stężenie we krwi w ciągu godziny. Większość z nich charakteryzuje się wysoką biodostępnością. Jedynie piracetam jest wydalany w postaci niezmienionej, inne leki ulegają przemianie. Wszystkie leki nootropowe są dobrze tolerowane i rzadko po ich stosowaniu występują działania niepożądane.

Dość powszechne zastosowanie zwłaszcza w leczeniu stanów dysforycznych w przebiegu organicznych zmian mózgu znajdują pochodne karbamazepiny (Amizepin, Tegretol). Należy jednak pamiętać, że okres biologicznego półtrwania leku wynosi po podaniu jednorazowej dawki ok. 50 godzin, ale przy stosowaniu wielokrotnym ulega skróceniu na drodze indukcji enzymatycznej. Sprawia to, że przy dłuższym leczeniu celowe jest stosowanie leku w postaci retard. Ważną zasadą terapeutyczną przy stosowaniu karbamazepiny winna być kontrola morfologiczna krwi i czynności wątroby. Odstawianie leku należy zalecać stopniowo, gdyż po nagłym przerwaniu mogą wystąpić napady drgawkowe. Dotyczy to również innych stosowanych leków z grupy przeciwpadaczkowych, a zwłaszcza pochodnych kwasu walproinowego.

**Ad. 2.** Leczenie objawowe zaburzeń psychopatologicznych dotyczy stosowania bardzo różnorodnych środków psychotropowych z neuroleptykami włącznie. Jednak w praktyce klinicznej najczęściej stosowane są leki anksjolityczne, przeciwdepresyjne, nasenne. Omówienie ich zastosowania przekracza ramy tego rozdziału. Zwrócono jedynie uwagę na najważniejsze zasady podawania tych leków w przypadku osób ze stwierdzonym organicznym uszkodzeniem mózgu.

Do leków anksjolitycznych są zaliczone środki, które hamują reakcje psychomotoryczne, emocjonalne i układu autonomicznego, występujące w stanie lęku. Anksjolityki działają: przeciwlękowo, uspokajająco, redukują agresywność, przeciwdrgawkowo, ułatwiają zasypianie, obniżają napięcie mięśni szkieletowych. Spośród leków anksjolitycznych najszersze zastosowanie znajdują pochodne benzodiazepiny, które uchodzą za najbezpieczniejsze. Poniżej dla celów praktycznych podano ekwiwalenty dawek najczęściej stosowanych benzodiazepin.

Oksezapam (Piraxiten)	15,0 mg
Chlorodiazepoksyd (Elenium)	10,0 mg
Diazepam (Relanium)	5,0 mg
Lorazepam (Lorafen)	1,0 mg
Chlorazepan (Tranxene)	7,5 mg
Alprazolam (Xanax)	0,25 mg

Z naszych badań wynika, że u osób z mikrouszkodzeniami mózgu stosowanie tych środków bez ścisłej kontroli lekarza powoduje szybkie uzależnienie i wynikające stąd skutki społeczno-zdrowotne.

Leki przeciwdepresyjne są niejednorodną grupą pod względem struktury chemicznej i mechanizmów działania. Biorąc za punkt wyjścia budowę chemiczną, wyodrębniono:

- leki o budowie trójpierścieniowej (TLPD), do których należą m.in.: imipramina, chlorimipramina, dezypramina, amitryptylina, dibenzepina. Tę grupę leków można uznać za dobrze sprawdzone w terapii.
- leki o innej budowie niż trójpierścieniowe. Do tej grupy należy większość nowych leków, w związku z tym niektórzy autorzy nazywają je lekami przeciwdepresyjnymi drugiej generacji; są to m.in.: maprotylina, mianseryna, fluoksetyna, flowksamina, nieselektywne i selektywne inhibitory MAO.

Leki nasenne w ograniczonych zaburzeniach psychicznych należy stosować bardzo ostrożnie, a decyzja o ich zaleceniu winna być poprzedzona dokładną analizą istniejących zaburzeń. Przed rozpoczęciem farmakoterapii bezsenności istotne jest podanie pacjentowi informacji na temat fizjologicznych parametrów snu i przeprowadzenie zmiany nawyków związanych ze snem. Aby wyeliminować ryzyko uzależnienia, często spotykane u chorych z organicznym uszkodzeniem mózgu, leki nasenne należy stosować jak najkrócej, ustalić z góry czas leczenia, stosować najmniejsze skuteczne dawki, a u dłużej przyjmujących leki analizować, czy istnieje nadal potrzeba ich stosowania. Działanie nasenne wykazują: pochodne benzodiazepiny, kwasu barbiturowego oraz inne np. pochodne imidazopirydyny (Zolpidem), cyklopyrolonu (Zopiklon) i inne.

Obok leczenia farmakologicznego równie ważne i równorzędne znaczenie ma stosowanie psychoterapii indywidualnej zwłaszcza z zastosowaniem technik behawioralnych. W początkowej fazie psychoterapii należy zastosować techniki analityczne, które dążą do uzyskania zasadniczych zmian osobowości i w życiu psychicznym pacjentów, do zrozumienia przez nich istoty swoich trudności, dolegliwości i objawów oraz ich źródeł i genezy (tkwiących często w okresie okołoporodowym, niemowlęcym i wczesnodziecięcym), a także do zmiany postaw emocjonalnych i zachowań szczególnie w stosunkach z innymi ludźmi.

Z naszych wieloletnich badań prowadzonych na dużych populacjach wynika, że zdecydowana większość nie uświadamia sobie przyczyn skomplikowanego przebiegu linii życiowej.

W psychoterapii zaburzeń na podłożu organicznych zmian mózgu bardzo duże znaczenie ma również odmiana psychoterapii analitycznej tzw. psychoterapie krótkoterminowe, kryzysowe czy skupione na głównym, aktualnym konflikcie.

### **Bibliografia**

- Gruszczyński W., (1990) *Badania stanu psychicznego, somatycznego oraz społecznej sprawności osób z encefalopatią po porodowym urazie mózgu (w świetle dwudziestopięcioletniej katemnezy)*. Rozprawa habilitacyjna, Wojskowa Akademia Medyczna, Łódź.
- Rydziński Z., (1963) *Własne badania nad późnymi następstwami porodowego urazu mózgu*, Biul. WAM, Supl. II, 11, Rozprawa habilitacyjna.