

ПОТЕНЦІЮЮЧА ПСИХОТЕРАПІЯ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ ДІТЕЙ ІЗ РІЗНИМИ ФОРМАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти,

²Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України, Київ

Докладно висвітлено авторську систему комплексного застосування немедикаментозних та медикаментозних методів для корекції розладів психічної сфери дітей із різними формами дитячого церебрального паралічу. Показано досить високий терапевтичний ефект використання цієї системи на практиці.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, розлади психічної сфери, психотерапія, абілітація.

Останніми роками в Україні спостерігається поглиблення процесу інвалідизації дитячого населення [1]. Згідно з офіційними даними, на сьогоднішній день 1,9% від усіх дітей становлять інваліди [2]. Перше місце серед дітей-інвалідів посідають пацієнти з ураженням нервової системи (48,9%), а серед нозологічних форм переважає дитячий церебральний параліч (ДЦП). Частота цього захворювання варіює від 1,5 до 2,6 на 1000 дитячого населення і не виявляє тенденції до зниження. В Україні на 1000 новонароджених діагностують 2,4 випадка ДЦП [3–5]. За даними зарубіжних авторів, захворюваність на ДЦП відзначається в межах 5–2,9, у середньому 2,5 на 1000 дітей [5].

ДЦП є складним захворюванням центральної нервової системи, яке розвивається внаслідок ураження, що виникає у внутрішньоутробному, інтранатальному та ранньому постнатальному періодах, або в результаті аномалії головного мозку. При цьому дія пошкоджувальних чинників на головний мозок визначає різноманітність сполучень рухових та сенсорних розладів, а також лежить в основі порушень когнітивних функцій, що необхідно враховувати, обґрунтовуючи відновлювальне лікування й соціальну реабілітацію хворих [4, 5].

У складі саме цього контингенту перебуває найбільший прошарок соціально дезадаптованих дітей-інвалідів. Різноманітні порушення психічних функцій у пацієнтів із ДЦП є невід'ємною частиною складної клінічної картини захворювання. Можливості відновлювального лікування дітей із ДЦП, у яких сформувалися, окрім патологічного рухового, патологічні когнітивний та емоційно-поведінковий стереотипи, значно ускладнюються. Розв'язати цю проблему можна з використанням можливостей медичної психології, яка за допомо-

гою психотерапевтичних методів коригує ті чи інші патологічно сформовані психологічні стереотипи.

Наразі лікувально-реабілітаційні заходи будуються за системним принципом, включаючи комплексне використання медикаментозних та немедикаментозних методів [6–8]. Універсальним методом у таких комплексних системах є психотерапія, що може застосовуватися і як провідний, і як потенціюючий метод [9, 10].

Потенціююча психотерапія спрямована, по-перше, на потенціювання лікувальної дії, по-друге, на дезактуалізацію побіжної дії використаного засобу (в тих випадках, коли її неможливо усунути). Цей метод дії включає непряме навіювання, навіювання наяву, дію на настанову, мотивацію, умовний рефлекс [9–11]. Непряме навіювання, на відміну від прямого, має приховану дію і пов'язане не лише зі змістом навіюваних слів, але й з предметом (ліки, процедури, режим тощо), щодо якого навіюване має реалізуватися. Перевага потенціюючої психотерапії полягає в тому, що її можна проводити за будь-яких умов, у будь-який час, у необхідному обсязі.

Водночас останніми роками в системі заходів охорони здоров'я, поряд із поняттям реабілітації, дедалі більшого поширення набуває поняття абілітації (становлення), зокрема, у разі уроджених або набутих у ранньому дитинстві захворювань [12]. Медична реабілітація, як відомо, має бути спрямована на відновлення здоров'я пацієнтів, а в дітей та підлітків забезпечувати також розвиток усіх систем організму, запобігаючи затримці росту та розвитку. У разі уроджених або набутих у ранньому дитинстві захворювань реабілітація по суті є абілітацією, що має на меті становлення, а не відновлення фізичних та психоемоційних функцій дитини, підлітка.

Абілітація дітей з органічними захворюваннями нервової системи залишається важливою медико-соціальною проблемою внаслідок їх високої інвалідизації. З огляду на великі адаптивні можливості організму хворої дитини потребує подальшого розвитку розробка адекватної диференційованої системи своєчасного застосування абілітаційних заходів. Абілітація має починатися з моменту виникнення захворювання, травми, дефекту розвитку і забезпечувати стійку компенсацію існуючих у пацієнта патологічних відхилень тощо [12, 13].

Роль абілітації як нового напрямку в розвитку охорони здоров'я України полягає в навчанні людини методів розв'язання проблем, що виникають зі здоров'ям, із урахуванням інформації про органи та системи свого організму у їх взаємозв'язку та взаємодії; абілітація включає в себе не лише лікування, але й запобігання виникненню захворювання, а також ускладненням та подальшим розладам й інтегрує можливості реабілітації медичної, психологічної, соціально-трудова тощо [13].

Мета дослідження — розробка системи психотерапевтичної корекції неспсихотичних порушень психічної сфери у пацієнтів із різними формами ДЦП та поліпшення результатів їх абілітації на підставі вивчення їхніх когнітивних, емоційних та поведінкових розладів.

Проведено комплексне обстеження 69 пацієнтів віком від 4 до 7 років зі спастичними (спастична диплегія, спастична геміплегія) та дискінетичними (гіперкінетичний церебральний параліч, атонічно-астатичний церебральний параліч) формами ДЦП. Дослідження проводилося методом динамічного спостереження протягом року. У процесі верифікації й постановки діагнозу важливе значення надавалося анамнезу дитини з урахуванням даних індивідуальної карти розвитку: вивченню характеру перебігу вагітності, пологів, неонатального періоду; етапам становлення психічного й моторного розвитку на першому році життя; своєчасності набуття мовленнєвих навичок, особливостям розвитку моторики за даними опитування батьків і близьких родичів.

Із позицій системного підходу до досліджуваної патології з урахуванням багатомірності забезпечення психічного здоров'я й особливостей поведінки пацієнтів їх всебічне комплексне обстеження містило традиційне клінічне дослідження (соматичний, неврологічний та психічний стани), додатково — вивчення психологічних, соціально-психологічних та біологічних аспектів психічного здоров'я.

У дослідженні рівня інтелекту, пам'яті, уваги, функції просторового мислення нами використовувався тест Векслера [14], для дослідження рівня самооцінки — метод Дембо — Рубінштейн [15].

Зміну структури психоемоційного стану підлітків із мозковою дисфункцією визначали за результатами тесту Люшера — методики колірної вибору (восьмикольорний варіант за послідовністю розміщення та переважання кольорів) [16]. Застосування тесту Люшера в процесі діагностики і лікування хворих дає змогу контролювати динаміку емоційних і мотиваційних змін, а також виявляти окремі стійкі риси особистості. Інтерпретуючи результати, ми враховували символічні значення кольорів (особливо тих, яким віддають перевагу, і тих, якими нехтують), показники інтенсивності рівня тривоги, наявність внутрішньособистісного конфлікту. Ставлення батьків до захворювання дитини було досліджено за методикою В. С. Подкоритова [17].

З метою вивчення особистісних відмінностей пацієнтів із різними формами ДЦП було використано багатофакторний особистісний опитувальник Кеттела для дітей [18], який дає повну інформацію про індивідуальність пацієнта з урахуванням найрізноманітніших сфер його життя: взаємин з однолітками, стосунків у родині, поведінки, самооцінки.

Розроблена нами система абілітації ґрунтується на прийнятих у сучасній терапії принципах системності, комплексності, диференційованості, індивідуалізації, етапності, послідовності, спадкоємності та достатньої тривалості використаних лікувальних заходів.

Індивідуальна програма абілітації містить відомості про сім'ю, перинатальний період та наступний розвиток дитини, дані з історії хвороби про психічний статус хворого, результати додаткових досліджень, що уточнюють діагноз основного та супровідних захворювань, ступінь компенсації (декомпенсації) функцій, індивідуальні особливості (алергічні, невротичні реакції, ретардація розвитку тощо). На підставі цих відомостей даються конкретні вказівки щодо використання методів, термінів та інших умов лікування на різних його етапах.

Обов'язковим компонентом цієї системи була сімейна психотерапія, оскільки корекція емоційних та когнітивних розладів може бути успішною лише за умови її проведення пацієнтам та їхнім батькам або близьким родичам [6–8].

Нами використовувалася схема психотерапевтичного потенціювання медикаментозних засобів за А. Т. Філатовим [9, 11]. Цей метод застосовано у період перебування наших пацієнтів у стаціонарі. Основою потенціюючої психотерапії було непряме навіювання, що проводилося з метою переконати дітей у необхідності лікування і вселити впевненість в ефективності лікарської терапії, фізіотерапевтичної та психотерапевтичної дії.

Перед призначенням медикаментозного препарату з'ясовували ставлення до нього дитини:

позитивне, індиферентне або негативне. У разі позитивного ставлення пацієнта до призначеного лікування процес потенціювання відбувався набагато успішніше. За індиферентного ставлення ми проводили психологічне налаштування на обрані нами вид та форму медикаментозної терапії. Якщо дитина негативно ставилася до пропонованого лікування, з'ясовували причини негативізму та його стійкість. Якщо пацієнт раніше приймав пропоноване лікування і в нього виробилося негативне ставлення до нього, використовували інший ефективний препарат або інші форми чи способи введення лікарського засобу, що призначався раніше, або застосовували фізіотерапевтичну методику. Психологічно налаштовуючи пацієнта на той чи інший засіб лікування, ми проводили раціональну (роз'яснювальну) психотерапію, пояснюючи доцільність та ефективність приймання лікарського препарату, наводячи приклади ефективного лікування в інших пацієнтів з аналогічними порушеннями, і таким чином формували реакцію очікування.

Потенціювання методів лікування починали вже на першому прийомі, використовуючи заздалегідь з'ясовані в батьків пацієнта дані: чи отримував пацієнт раніше лікування, що буде проведено; як він налаштований до проведення лікування; на підставі якої інформації в нього склалася думка про лікування; які методи лікування були для нього ефективними і принесли полегшення.

Після цього ми проводили навіювання, використовуючи формули приблизно такого змісту: «Призначені тобі препарати та фізіопроцедури дуже ефективні саме при твоєму захворюванні. Завдяки їм твій стан покращиться, ти станеш спокійнішим, не буде головного болю, поліпшиться настрій, налагодяться стосунки з батьками (друзями)». Навіювання проводили неголосно, емоційно, впевнено й доброзичливо.

Потенціювання конкретних медикаментозних засобів і фізіотерапії можна проводити не лише індивідуально, а й у групі. Ми формували групу хворих, які отримували приблизно однакові лікувальні комплекси. Психотерапія в індивідуальній і груповій формах включає застосування прийомів ігрової терапії.

Складний, багатокомпонентний патогенез емоційно-поведінкових та когнітивних порушень у пацієнтів із ДЦП та поліморфний характер їх клінічних проявів визначали необхідність проведення комплексного лікування з урахуванням тяжкості цих розладів. Воно включало низку обов'язкових компонентів (ноотропна терапія, седативні засоби, нейролептики, антидепресанти тощо), причому за показаннями обсяг лікування міг бути розширений з урахуванням основного клініко-неврологічного синдрому.

Згідно з оцінкою експертів стосовно доцільності застосування в практиці дитячого невролога медикаментозних і немедикаментозних методів лікування при ДЦП з усього досить великого переліку методів та лікарських засобів найбільшу кількість балів отримали немедикаментозні методи, міорелаксанти (центральної дії та ті, що містять ботулотоксин) і препарати нейромодуляторної, нейротрофічної та нейротрансмітерної дії (метаболічно активні препарати, або нейрометаболіти). Остання група містить досить великий спектр лікарських засобів, однак викликають найбільший інтерес та найперспективнішими вважаються нейропептиди природного походження [2]. На необхідність ноотропних засобів, амінокомпозитів та ін. у дітей із ДЦП незалежно від віку вказує і відомий фахівець К. О. Семенова [4].

Головним підґрунтям тактики вибору ноотропу був основний клінічний симптомокомплекс, що вимагав корекції. Призначаючи препарати, ми точно дотримувалися існуючих показань та протипоказань до використання засобу. Тривалість призначення препарату була диференційованою і залежала від тяжкості проявів і цілей терапевтичної дії.

Зважаючи на існуючі у пацієнтів із ДЦП когнітивні розлади, цефалгічний, гідроцефальний синдроми та синдром вегетативної дисфункції, ми призначали як обов'язкову складову терапії такі групи ноотропних препаратів:

препарати з домінуючим мнестичним ефектом, або «справжні ноотропи»: піролідонові ноотропи (рацетами) — пірацетам, луетам; холінергічні речовини — сомазина, цераксон; нейропептиди та їх аналоги — цереброкурин, семакс; речовини, що впливають на систему збудних амінокислот, — гліцин, глутамінова кислота;

ноотропні препарати змішаного типу (нейропротектори): активатори метаболізму мозку — карнітин; речовини, що впливають на систему гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), — аміналон, гаммалон, пікамілон, ноофен, похідні гомопантотенової кислоти (пантогам, кальцію гопантенат, пантокальцин); антиоксиданти — приритинол (енцефабол).

Препарати цих груп призначали диференційовано з урахуванням типу емоційно-поведінкових розладів та вираженості неврологічного дефіциту.

У пацієнтів із проявами розгальмованості, імпульсивності, збудливості, нестійкості настрою ми віддавали перевагу використанню ноофену, кальцію гопантенату або його аналогів, які, окрім ноотропної дії (корекції порушень пам'яті та уваги), сприяють зменшенню моторної збудливості, імпульсивності та водночас — упорядкуванню поведінки, підвищенню працездатності та розумової

активності, сполучаючи помірну седативну дію з м'яким стимулюючим ефектом.

Пацієнтам із порушенням емоцій та поведінки гальмівного кола призначали переважно ноотропіл, енцефабол, семакс, які, на нашу думку, є ефективними за будь-яких астенічних та депресивних станів. Проте у 15% дітей із цієї групи ми спостерігали побічні ефекти під час приймання ноотропілу, пов'язані зі збудливою дією цього препарату або індивідуальною рефрактерністю до нього.

За наявності у пацієнтів когнітивних порушень (труднощів у навчанні, зниження пам'яті, уваги) в окремі курси диференційованого лікування ми додатково включали препарати нейромодуляторної, нейротрофічної та нейротрансмітерної дії (нейрометаболіти): гліцин, що діє переважно на систему збудних амінокислот (призначали пацієнтам із порушенням формування особистості збудного кола); цитиколін (група холінергічних препаратів — сомазина, цераксон), що був достатньо ефективним у пацієнтів із когнітивними порушеннями без посилення імпульсивності; цереброкурін, семакс, церебролізин (група нейропептидів).

Вибираючи психотропні засоби, ми виходили з клінічних проявів емоційно-поведінкових розладів у наших пацієнтів. У разі переважання тривоги та страхів ми призначали із фітотранквілізаторів препарати валеріани, собачої кропивви, глоду, з хіміоантидепресантів — амітриптилін (триптизол); у разі сполучення тривоги з розладами сну — амітриптилін самостійно або у сполученні з радедормом (медазепам), нервохеєлем. За наявності у пацієнтів надмірної збудливості та розгальмованості нами використовувалися транквілізатори з метою седативного впливу (атаракс, адаптол). Вираженість тривоги і страхів у дитини ставали підґрунтям для призначення атараксу в сполученні з ноотропами (ноофен, пантогам), які мають седативні (транквілізуючі) властивості.

У разі переважання в пацієнтів депресивних симптомів — тужливого настрою, загальмованості, безрадісності, за субдепресії та прихованої депресії для досягнення необхідного клінічного ефекту було достатньо призначення препаратів рослинного походження, що мають антидепресивні властивості, — м'які рослинні антидепресанти: деприм, меморія (звіробій перфорований), адаптогенів — екстракту елеутерококу, настойки заманихи, настойки лимоннику, які мають модулюючу дію. Клінічно ефективнішим є сполучення цих засобів із седативними препаратами — настоянками валеріани, собачої кропивви, пасифлори. Зазвичай застосовували у відповідних до віку дозах адаптоген та седативний засіб.

За змішаного, астено-тривожного варіанту депресії з антидепресантів використовували зде-

більшого азафен з додаванням адаптогенів, транквілізаторів (атаракс, еленіум) та ноотропних засобів; за тривожно-тужливого — амітриптилін та меліпрамін із транквілізаторами та ноотропними препаратами седативної дії у вікових дозах. При істеричних проявах застосовували транквілізатори (еленіум, медазепам) та нейролептики (сонапакс).

За стійкої і вираженої депресивної симптоматики призначали антидепресант групи інгібіторів зворотного захвату серотоніну — сертралін (золофт).

Пацієнтам із різко вираженою емоційною лабільністю та депресивними розладами призначали нормотиміки — карбамазепін (фінлепсин, тегретол) або депакін (натрієва сіль вальпроєвої кислоти), ламіктал у сполученні з бензодіазепіновими транквілізаторами. Упродовж їх тривалого застосування ми не спостерігали у пацієнтів загальмованості, збіднення емоцій, зниження пам'яті, які можливі за використання навіть м'яких нейролептиків. Про ефективність призначених препаратів свідчили поліпшення адаптації в середовищі однолітків, зниження кількості вираженості або повне зникнення афективних вибухів і проявів агресії, редукція імпульсивності та інших проявів розладів поведінки.

У разі дисфоричних епізодів препаратом вибору був поведінковий нейролептик (сонапакс).

Якщо в клінічній картині захворювання переважали астенічні прояви у сполученні з адинамією, зниженим фоном настрою, використовували ноотропіл, піридитол (енцефабол), малі дози нейролептику; інколи їх комбінували з антидепресантами стимулюючої дії (меліпраміном (іміпрамін)).

При лікуванні вегетативних порушень і змішаних варіантів синдрому вегетативної дистонії, за нашими даними, найефективнішими є різні сполучення ноофену, гліцину, беласпону (белатаміну), адаптолу, які мають нормалізуючу дію на обидва відділи вегетативної нервової системи (ВНС). Цим препаратам властива водночас адрено- та холінолітична активність. У разі виявлення в наших пацієнтів симпатикотонії та зниженої або викривленої вегетативної реактивності ми використовували з транквілізаторів похідні бензодіазепіну, які мають також вегетотропні властивості: діазепам, сибазон та медазепам. Ці препарати ми не призначали пацієнтам із вихідним ваготонічним тонусом ВНС і недостатньою вегетативною реактивністю у сполученні зі схильністю до артеріальної гіпотонії, у яких вони виявилися неефективними.

За наявності ваготонії у пацієнтів із транквілізаторів застосовували амізил, що справляє М-холінолітичну (антисеротонінову) центральну дію, препарати загальноседативного типу, засоби, що інгібують вагусні реакції (платифілін).

Підвищення рівня адренергічних механізмів за ваготонічних станів визначає, за нашими спостереженнями, доцільність призначення антидепресантів із групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну, особливо збалансованої дії (сертралін, золофт).

За наявності у дітей з ДЦП пароксизмів симпатоадреналового типу ми використали альфа-адреноблокатор піроксан, амінокислотний препарат гліцин, ноофен, адаптол, що мають вегетостабілізуючу дію, легкий антидепресант деприм та магне-В₆.

Показником терапевтичної ефективності запропонованої нами абілітаційної системи вважали поліпшення поведінки пацієнтів — зменшення відволікальності, імпульсивності, рухової розгальмованості, агресивності поряд із покращанням уваги, зменшенням надлишкової, недоречної рухової активності, неслухняності та схильності заважати іншим дітям.

За результатами роботи можна зробити висновки. У процесі лікування в більшості пацієнтів зменшувалася вираженість астенічних симптомів, відзначалося подолання тривожності, страхів та нав'язливих станів, регресували й клінічні прояви психосоматичних порушень; водночас із цим ми спостерігали поліпшення характеристик уваги, регрес емоційно-вольових порушень, проявів агресивності та реакцій опозиції.

Застосування лікувально-абілітаційної системи, побудованої на сполученні фармакотерапії та психотерапії, дає максимально можливий результат як за медичними критеріями, так і за критеріями відновлення рівня емоційного та соціального функціонування.

Апробація цієї системи показала досить високу її ефективність у відновленні рівня соціального функціонування і корекції когнітивного дефіциту та емоційної нестабільності практично у всіх дітей, хворих на різні форми ДЦП.

Важливим напрямком тактики лікування психічних та когнітивних розладів у пацієнтів із ДЦП є впровадження біопсихосоціальної моделі абілітації з наданням психотерапевтичної допомоги, насамперед когнітивно-поведінкової.

Література

1. *Мартинюк В. Ю.* Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з патологією нервової системи / В. Ю. Мартинюк, Р. О. Моїсеєнко, С. М. Зінченко // *Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи: навч.-метод. посіб.; за ред. В. Ю. Мартинюка, С. М. Зінченко.*— К.: Інтермед, 2005.— С. 15–23.
2. *Мартинюк В. Ю.* Перспективи застосування нейропептидів в практиці дитячого невролога // *Новости медицины и фармации.*— 2009.— № 7 (278).
3. Статистичний бюлетень: заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2007 році / Держкомстат України.— К., 2008.— 96 с.
4. *Семенова К. А.* Восстановительное лечение детей с перинатальным поражением нервной системы и с детским церебральным параличом / К. А. Семенова.— М.: Закон и порядок, 2007.— 616 с.
5. *Немкова С. А.* Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: учеб.-метод. пособ. / С. А. Немкова.— М.: Союз педиатров России, 2012.— 60 с.
6. Психотерапия: учебник для врачей-интернов высш. мед. завед. III–IV уровней аккредитации / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов.— Х.: Око, 2002.— 768 с.
7. *Даценко И. Б.* Система психотерапии подростков с нарушением формирования личности по органическому типу / И. Б. Даценко // *Мед. психология.*— 2006.— Т. 1, № 3.— С. 37–41.
8. *Даценко И. Б.* Стратегия и тактика психотерапии нарушений формирования личности по органическому типу у подростков с мозговой дисфункцией / И. Б. Даценко // *Мед. психология.*— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 30–37.
9. *Филатов А. Т.* Малая психотерапия на курорте / А. Т. Филатов, В. К. Мартыненко [и др.]; под ред. А. Т. Филатова.— К.: Здоровье, 1983.— 56 с.
10. *Карвасарский Б. Д.* Психотерапия / Б. Д. Карвасарский.— М.: Медицина, 1985.— 1004 с.
11. *Мартыненко А. А.* Малая психотерапия при лечении больных сахарным диабетом в условиях курорта: метод. рекоменд. / А. А. Мартыненко.— Х.: Берминводы, 1982.— 36 с.
12. *Медицинская реабилитация: в 3 т.; под ред. В. М. Боголюбова.*— М.; Пермь: ИПК Звезда, 1989.— Т. 3.— 594 с.
13. *Пидаев А. В.* Актуальные проблемы реабилитации и абилитации / А. В. Пидаев, И. И. Кутько, О. А. Панченко // *Реабилитация и абилитация человека. Интегративно-информационные технологии: сб. науч. работ; под ред. В. Н. Казакова.*— К.: КВИЦ, 2004.— С. 8–18.
14. *Кабанова М. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанова, А. Е. Личко, В. М. Смирно.— Л.: Медицина, 1983.— 312 с.
15. *Яншин П. В.* Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности / П. В. Яншин.— СПб.: Питер, 2006.— 336 с.
16. *Собчик Л. Н.* Методы психологической диагностики: метод цветowych выборов — модифицированный цветовой тест Люшера / Л. Н. Собчик.— М.: ИПП, 1990.— 87 с.
17. *Подкорытов В. С.* Динамика состояния психического здоровья детей, проживающих в за-

грязненных радионуклидами районах Украины / В. С. Подкорытов // Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле: тез. докл. междунар. конф.— К., 1995.— С. 300.

18. Александровская Э. М. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттела: метод. рекоменд. / Э. М. Александровская, И. Н. Гильяшева.— Л.: ЛНИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1985.— 33 с.

**ПОТЕНЦИРУЮЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ
РАССТРОЙСТВ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ
ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

И. Б. ДАЦЕНКО, В. С. СПАСИБУХОВА

Подробно освещена авторская система комплексного использования немедикаментозных и медикаментозных методов для коррекции расстройств психической сферы детей с различными формами детского церебрального паралича. Показан достаточно высокий терапевтический эффект применения этой системы на практике.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, расстройства психической сферы, психотерапия, абилитация.

**POTENTIATING PSYCHOTHERAPY AND DRUG CORRECTION OF MENTAL DISORDERS
IN CHILDREN WITH VARIOUS FORMS OF CEREBRAL PALSY**

I. B. DATSENKO, V. S. SPASIBUKHOVA

The original system of integral use of non-drug and medical methods for the correction of mental disorders in children with various forms of cerebral palsy is described in detail. A good therapeutic effect of application of this system in practice is shown.

Key words: cerebral palsy, mental disorders, psychotherapy, habilitation.

Надійшла 17.06.2013