

**Шевченко Ю.С., Корнеева В.А.,
Шевченко М.Ю.**

**КОМПЛЕКСНАЯ
МНОГОУРОВНЕВАЯ ТЕРАПИЯ И
ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ДЕТЕЙ С
ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ.**

Первый уровень - метаболический.

Второй уровень - нейрофизиологический.

Третий уровень - синдромальный.

Четвертый уровень - поведенческий.

Пятый уровень - личностный.

Первый уровень - метаболический. Медикаментозные воздействия направлены на энцефалопатические и дизнейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления. Энцефалопатическая основа рассматриваемых форм отклоняющегося поведения диктует необходимость комплексного биологического лечения, включающего дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости рассасывающих и сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антиоксидантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани, насыщающих мозг кислородом, повышающих его энергетику.

Метилфенидат (син. Меридил, Риталин, Центедрин), выпускаемый в табл. по 5, 10 и 20 мг. назначают начиная с суточной дозы 0,2 мг/кг массы тела и постепенно увеличивая до 6 мг/кг. Максимальная доза составляет 0,8 - 1,0 мг/кг, но не более 60 мг в день.

Декстроамфетамин (Декседрин), выпускаемый в таблетках и капсулах по 5 мг, капсулах по 10 и 15 мг. назначают начиная с 5 мг в сутки и увеличивают на 5 мг каждые 5 дней до достижения терапевтического эффекта в виде улучшения внимания, памяти, речевых функций, обучаемости, уменьшения двигательной расторможенности, импульсивности, повышения самоконтроля и улучшения тонкой моторики. Дозировка рассчитывается в пределах 0,15-0,50 мг/кг веса. Максимальная доза - 40 мг в день.

Пемолин (Цилерт), выпускаемый в таблетках по 18,75; 37,5 и 75 мг. назначается из расчета 0,50-2,25 мг/кг в сутки и принимается сразу всей дозой. Каждые 5 дней дозу увеличивают на 18,75 мг, доводя, в среднем, до 56,25 - 75 мг в день. Максимальная доза - 112 мг. Следует отметить, что в Великобритании после нескольких случаев серьезных осложнений на печень пемолин был изъят из практики (Никол Р., 2001). R.A.Barkley (1987) отмечает, что у детей до 3 лет реакция на метилфенидат и d-амфетамин незначительна, от 3 до 5 лет их действенность не выше 50%, в более старшем возрасте до 75% и выше.

Сиднокарб - отечественный стимулятор, выпускаемый в таблетках по 5, 10 и 25 мг рекомендуется детям 7-11 лет в суточной дозе 5-15 мг в два приема утром и днем.

Второй уровень - нейрофизиологический. Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную сенсомоторную коррекцию базисных онтогенетических блоков мозговой организации психической деятельности ребенка.

Первый блок - "уровень активации, энергоснабжения и стато-кинетического баланса психических процессов" направлен на элиминацию (исключение) дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Тем самым формируется базис подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий. Блок включает дыхательные упражнения, массаж и самомассаж, обучение релаксации и регуляции тонуса, снятие локальных мышечных зажимов, тренировку равновесия, развязку синкинезий и преодоление ригидных телесных установок, развитие целостного образа тела. В качестве вспомогательных приемов предлагается использовать цвето-музыкальное сопровождение, ароматерапию.

Второй блок - "уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром", имеет своей мишенью стабилизацию межполушарных (теменно-височно-затылочных) взаимодействий и специализацию правого и левого полушарий мозга в контексте формирования пространственного поля из зрительных, осязательных, проприоцептивных, слуховых и вестибулярных компонентов. На этом уровне осваиваются упражнения на развитие чувства ритма, перцептивных и мнестических возможностей, формирование пространственных представлений, динамическую организацию двигательного акта, развитие одновременных и рецепторных сенсо-моторных взаимодействий, ловкости, внимания.

Третий блок - "уровень произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов", ориентирован на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. Используются игры по правилам и ролевые игры, отрабатываются коммуникативные навыки, развиваются произвольное внимание и память, синестезии, активная саморегуляция. Закрепление приобретенных навыков осуществляется с помощью бихевиоральных приемов.

Третий уровень - синдромальный.

Психокоррекционная и коррекционно-педагогическая работа здесь представляет собой комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные составляющие синдрома гиперактивности.

- 1)** подвижные игры на внимание, дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (зрительный, слуховой, вестибулярный, кожный, обонятельный, вкусовой, тактильный) и по отдельным компонентам внимания (фиксация, концентрация, удержание, переключение, распределение);
- 2)** игры на усидчивость и неподвижность (не требующие напряжения активного внимания и допускающие проявления импульсивности);
- 3)** игры на сдержанность, самоконтроль импульсивности (позволяющие при этом быть невнимательным и подвижным);
- 4)** три вида игр с двуединой задачей (требующие быть одновременно внимательным и сдержанным, внимательным и неподвижным, неподвижным и неимпульсивным);
- 5)** игры с триединой задачей (с одновременной нагрузкой на внимание, усидчивость, сдержанность).

Четвертый уровень - поведенческий. Различные виды бихевиоральной терапии в сочетании с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии имеют своей целью формирование и закрепление желательных моделей поведения и подавление нежелательных - агрессивных, деструктивных, архаичных. В зависимости от возраста ребенка и содержания поведенческой мишени, модифицирующие воздействия (в форме поощрения, наказания, принуждения и вдохновения) реализуются либо непосредственно родителями и воспитателями, либо их роль предоставляется самим реалиям жизни в тех случаях, когда взрослые передают ребенку ответственность за принятое решение.

Пятый уровень - личностный. Здесь различные виды индивидуальной и групповой психотерапии направлены на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост и гармонизацию межперсональных отношений, позитивную социализацию. Как и при других пограничных состояниях у детей и подростков обязательным условием успешности данной работы является семейный характер психотерапии.