

Государственное бюджетное учреждение дополнительного образования,
Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи
Выборгского района Санкт-Петербурга

ОЭР по теме:

«Совершенствование условий организации и осуществления образовательного процесса для преодоления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обучающихся»

Продукт:

Аналитическая справка

Российский и международный опыт научных исследований по проблеме ОЭР

В рамках решения задачи первого этапа ОЭР осуществлен аналитический обзор научных статей, публикаций, результатов научных исследований и по тематике ОЭР.

Методы исследования: контент-анализ литературных источников, в т.ч., интернет-ресурсов.

Введение

Проблемы, связанные с изучением синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (далее - СДВГ) у детей, сегодня актуальны и социально значимы. Многие родители, воспитатели и учителя обращаются к врачам и психологам с жалобами на «гиперактивных детей», имеющих проблемы в обучении и поведении. Однако в научной литературе психологическая характеристика детей с СДВГ зачастую противоречива, что затрудняет разработку специализированных программ психолого-педагогической помощи, коррекции их личности и межличностных отношений, обеспечения условий организации и осуществления образовательного процесса для преодоления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обучающихся, обеспечения научно-методической поддержки педагогов и родителей детей с СДВГ.

Состояние здоровья детей и подростков в последнее десятилетие в различных странах мира в целом и в России в частности характеризуется неблагоприятными тенденциями: ростом хронических болезней; увеличением уровня психических расстройств; учащением девиантных форм и зависимого поведения; деформацией медико-социального портрета семей, имеющих детей; значительной степенью ограничения возможностей их социальной интеграции [49].

На этом фоне особую актуальность приобретает изучение психолого-педагогических аспектов такого заболевания, как синдром дефицита внимания и гиперактивности (далее –

СДВГ), имеющего широкую распространенность у детей и неблагоприятные социальные последствия у взрослых [16].

СДВГ – поведенческое расстройство, характеризующееся триадой симптомов: нарушением внимания, гиперактивностью и импульсивностью. Его относят к категории гиперкинетических расстройств (рубрика F 90.0 по Международной классификации болезней МКБ-10). В психиатрии термин «гиперкинетическое расстройство» имеет много синонимов: «минимальная мозговая дисфункция», «органическая мозговая дисфункция», «легкая детская энцефалопатия». Следует отметить, что в 80% случаев сопутствующий признак минимальной мозговой дисфункции (далее - ММД) – это СДВГ, однако СДВГ может иметь место и в отсутствии такой дисфункции [37, 40]. Этот факт может объяснять неравномерность развития интеллектуальных функций у детей с СДВГ.

СДВГ ухудшают качество жизни детей с данным расстройством, вызывая нарушения социального функционирования, увеличивая риск травм и саморазрушающего поведения [11, 18, 22, 26, 28, 47, 50]. От проявлений СДВГ страдают не только сами дети, но и их родственники, а также сверстники и учителя, что обуславливает социальную значимость данного заболевания [77, 78, 80]. Несмотря на то, что семья и школа все чаще предъявляют жалобы на «гиперактивных детей» с проблемами в обучении и поведении, формулируя запрос к оказанию лечебно-психологической помощи, в научной литературе психологическая характеристика детей с СДВГ противоречива. Р. Гудман и С. Скотт в этой связи справедливо замечают, что даже при использовании «гиперактивности» в качестве диагностической категории, различные диагностические схемы в совершенно разных местах проводят границу, разделяющую нормальность и гиперактивность [16].

Психологические проблемы детей с СДВГ связаны с задержкой в темпах созревания функциональных систем мозга, обеспечивающих регуляцию когнитивных функций и произвольность [28]. Вторичные расстройства (неуверенность в себе, заниженная самооценка, страхи) нередко приводят к проявлениям оппозиционного и даже агрессивного поведения, ухудшая межличностные отношения и школьную адаптацию [13, 46]. Гипопротекция матерей может усугублять данные поведенческие расстройства детей с СДВГ [16, 48].

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: клинические, психологические и социальные аспекты

Первое описание случая повышенной двигательной активности у детей появилось около 150 лет назад. Несмотря на то, что изучением невротических отклонений поведения и учебных трудностей у детей занимались многие ученые, долгое время не существовало научного определения таких состояний [63].

Впервые описал чрезвычайно подвижного ребенка немецкий врач-психоневролог Г. Хоффман. В 1909–1910 годах Э. Дюпре предложил термин «моторная дебильность». Вслед за ним Ж. Филипп и П. Бонакур (1911г.) среди «психически ненормальных учеников» наряду с отсталыми, эпилептиками, астениками, истериками выделяли так называемых «неустойчивых». Через 10–15 лет М.О. Гуревич использовал термин «фронтальная недостаточность». В 1921 году R.T.Brown описал, так называемые, «причины невротического характера» отклонений в поведении детей и отставания их в учебе [75]. С 1959 года употреблялся термин «минимальная мозговая дисфункция», предложенный Э. Деноффом для обозначения нескольких важнейших симптомов, возникающих в результате поражения мозга: трудности обучения в школе, трудности, в общении со сверстниками и взрослыми [40]. В работах педиатров, детских неврологов и психиатров часто использовалось название, подразумевающее органическую этиологию: «легкая детская энцефалопатия», «легкое повреждение мозга», «парциальная мозговая дисфункция», «лёгкая дисфункция мозга», «минимальное мозговое повреждение». В ряде названий использовался наиболее часто встречающийся признак заболевания: гиперкинетический синдром, синдром повышенной возбудимости, психоневрологические нарушения учебы, специфическая неспособность к чтению, нарушение внимания, гиперактивность, статикомоторная недостаточность, синдром двигательной расторможенности. В разных странах существовало более 32 терминов, обозначающих это состояние, но не одно из них не описывало полностью все нарушения, имеющиеся у этих детей. В результате необходимости объединить различные точки зрения, создать классификацию всех наблюдений за детьми с нарушениями исходно более легкими, чем двигательные и интеллектуальные нарушения у детей с детским церебральным параличом (далее – ДЦП) в 1962 году термин «легкая дисфункция мозга» был официально рекомендован к использованию Оксфордской международной группой изучения проблем детской неврологии. В 1963 году специальная комиссия врачей психологов под руководством Clements выработала определение синдрома, которое выглядело следующим образом: «Это дети со сниженным, средним или повышенным интеллектом, с различными нарушениями в поведении и учебе». В 1968 г. американской классификацией психиатрических болезней (DSM-2) был предложен термин «гиперкинетическая реакция детства». Затем появились публикации с употреблением терминов: «трудновоспитуемые дети» (Ю.Ф. Домбровская, 1972), «задержка психического развития» (М.С. Певзнер, 1973), «легкая дисфункция мозга» (Л.Т. Журба, 1977), «гиперактивный ребенок» (Д.Н. Исаев, 1978), синдром повышенной возбудимости, синдром дефицита внимания (З. Тржесоглава, 1986), «гипердимический синдром» (Личко А.Е., 1985; Ковалёв В.В., 1995),

«дети с нейродинамическими нарушениями» (Н.Г. Лусканова, 1995). В 1985 году Ю.А. Ратнер обратил внимание на «негрубость» неврологических нарушений при ММД. В 1998 году В.И. Гузева в своих исследованиях ММД у детей подчеркнула сохранность высших корковых функций при задержке их созревания [2, 10, 12, 16, 19, 21, 33, 34, 37, 38, 41, 44, 46, 54, 63, 68, 69].

Г.Е. Сухарева, выдающийся детский психиатр, рассматривала гиперактивного ребенка как пациента с «бестормозным» типом психопатоподобного синдрома. Тем не менее, описание ею его клинических характеристик схоже с современным описанием синдрома дефицита внимания и гиперактивности [53]. Гиперактивность, в понимании Г.Е. Сухаревой, – это отражение процесса, в котором немаловажную роль «... играют не только экзогенные, но и эндогенные факторы, не только биологические, но и социальные, не только качество вредоносного агента, но и ... его локализация в головном мозге». Е.В. Фесенко и Ю.А. Фесенко указывают, что при многих преимуществах таких детей они нередко страдают от того, что не могут до конца реализовать свой потенциал, отвергаются сверстниками, становятся обузой для воспитателей, преподавателей, и как это ни удивительно, – для близких. Зачастую, они даже изгои для социального окружения [57].

В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, было предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности. В последней классификации DSM-IV (1987 г.) данные синдромы объединены под одним названием «синдром дефицита внимания/гиперактивности». Согласно DSM-IV выделяют 3 варианта течения СДВГ, обозначающие наиболее частые нарушения поведения у детей в зависимости от преобладающих клинических симптомов [81]:

- 1) синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность;
- 2) синдром дефицита внимания без гиперактивности;
- 3) синдром гиперактивности без дефицита внимания.

В России используется международная классификация болезней (МКБ-10). Согласно МКБ-10 в разделе F9 «Поведенческие и эмоциональные расстройства детского и подросткового возраста» выделяют нозологическую форму гиперактивность с дефицитом внимания [41]. В настоящее время все исследователи сходятся во мнении, что СДВГ – полиэтиологическое состояние, формирующееся в результате сложного взаимодействия генетических и средовых факторов. Изменения объясняются генетическими и биохимическими нарушениями регуляции, перинатальными и другими повреждениями

или заболеваниями, развившимися во время созревания нервной системы. Разнообразные формы заболевания связаны с нарушением функций центральной нервной системы, что может проявляться в различных нарушениях восприятия, памяти, речи, внимания, двигательной активности. Симптомы могут быть выражены в различной степени проявлений и сочетаний, интенсивность их может меняться. На фоне СДВГ наблюдаются различные невротические реакции и невротоподобные состояния, нарушения созревания высших мозговых функций, а также сложности обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов, что обуславливает нарушения поведения, трудности школьного обучения данной категории детей.

В настоящее время в научной литературе отражены исследования этиологии и патогенеза СДВГ, которые идут в нескольких перспективных направлениях.

Нейромедиаторная концепция. Исследования свидетельствуют о вовлеченности в патологический процесс при СДВГ основных нейромедиаторных систем мозга – дофаминовой, норадреналиновой и серотониновой [76, 83]. Гормоны вырабатываются не только железами внутренней секреции, но и мозгом человека. Эти гормоны называются нейромедиаторами и обеспечивают качество межнейронных связей в структурах нового и старого мозга. Американские исследователи - Hampson R.E, Simeral J.D, Deadwyler S.A. (1990), Hess W.R. (1969) выделяют три главных нейромедиатора – это серотонин, дофамин и адреналин. Серотонин в организме человека отвечает за ощущение счастья, дофамин – за переживание удовольствия, а адреналин, помимо ощущений эмоций злости и гнева, отвечает за скорость мыслительных и поведенческих реакций. Дефицит гормона серотонина приводит к функциональному дисбалансу, который проявляется в переживании эмоций, противоположных счастью – тоска, горе, печаль, разочарование. Гормон дофамин работает как закрепитель эффективности деятельности, появляется удовольствие когда достигнуты цели. Дефицит гормона дофамина приводит к тому, что ребенок не может достичь удовольствия от своей деятельности. Неспособность достижения удовольствия от деятельности объясняет хаотичное и неконтролируемое поведение ребенка. В ситуации переизбытка гормона адреналина межсинаптическая связь протекает быстрее обычного, что приводит к производству активных отрицательных эмоций злости, гнева, даже ярости. В ситуации переизбытка адреналина в поведении ребенка наблюдается нецелевая активность, быстрая отвлекаемость, неумение завязывать шнурки ботинок [72, 73, 74].

Нейробиологические механизмы. У пациентов с данной патологией, в сравнении со здоровым детьми, наблюдается усиление медленноволновой активности преимущественно в лобных отделах головного мозга – незрелость затылочного альфа-

ритма [40, 72, 76]. Полагают, что замедление биоэлектрической активности мозга, особенно в передних отделах, может говорить о задержке созревания ЦНС, в первую очередь о нарушении формирования префронтально-стриатумной системы. При ЭЭГ можно также наблюдать дефицит энергетического снабжения. Ребенок сидит с открытыми глазами, выполняет в соответствии с инструкцией определенную деятельность. А в электрической активности его мозга абсолютно доминирует альфа-ритм, то есть мозг «спит». В таком состоянии качество выполняемой деятельности оказывается исключительно низким. Таким механизмом организм ребенка компенсирует недостаточность энергоснабжения. Церебральной астении в патогенезе СДВ отводится значительная роль, с ней связываются нарушение внимания, отвлекаемость, психомоторная вялость, либо возбудимость. Церебральные расстройства, по данным разных авторов, наблюдаются от 36-42% до 55-70% детей с СДВГ [14, 20, 24, 37, 38, 45, 56]. Рядом исследователей предполагается так же, что проявления СДВГ могут быть обусловлены дефицитом торможения в сенсомоторной системе, приводящим к повышенной активации сенсомоторной коры. Нейроанатомические, гемодинамические, обменные нарушения могут обуславливать снижение тормозного контроля двигательной активности, обеспечиваемого, главным образом, лобной корой и хвостатым ядром, и приводить к возникновению дисфункции контролирующего поведения, развитию хронического дизадаптивного синдрома. Дополнительным нарушающим фактором часто является сдвиг баланса между процессами возбуждения и торможения, приводящий к явному преобладанию одного из них и затрудняющий осуществление регуляторных функций. Когда деятельность различных подструктур не согласована и не скоординирована, много энергии затрачивается непроизводительно, общая работоспособность мозга снижается [14, 20, 78, 82, 85, 86, 87].

Единая теория дефицита внимания и синдрома гиперактивности, предложенная Р. Баркли, утверждает, что преобладающим нарушением при синдроме импульсивного/гиперактивного типа является недостаточность основных тормозных процессов: например тех, которые связаны с необходимостью приостанавливать ранее вознаграждавшуюся или господствующую реакцию, а также осуществлять контроль над «интерференцией» [70,71]. М.И. Лохов, Ю.А. Фесенко, Л.П. Рубина высказывают предположение, что в основе этиологии СДВГ лежит нарушение взаимодействия хвостатого ядра и фронтальной коры, вызванное дисбалансом дофамина и норадреналина [43]. Для компенсации этого дисбаланса организм вынужден прибегать к своеобразной стимуляции коры головного мозга через двигательные центры, что и приводит к синдрому гиперактивности. С точки зрения данных авторов, повышенная двигательная активность

служит своеобразным защитным механизмом, поддерживающим определенное функциональное взаимодействие между структурами мозга, ответственными за его нормальное развитие. Ретикулярная формация способствует обработке поступающей информации и спонтанному поддержанию внимания, координации обучения и памяти. Нарушения активирующей функции ретикулярной формации, невозможность адекватной обработки информации приводит к тому, что различные зрительные, звуковые, эмоциональные стимулы становятся для ребенка избыточными, вызывая беспокойство, раздражение и агрессивность. Проведенные В.М. Трошиным и О.В. Халецкой исследования показывают, что у всех детей с СДВГ выявляется дисфункция кортикальных, субкортикальных и стволовых образований, определяющая особенности клинической картины заболевания [60].

Генетическая концепция. По данным исследователей, вклад генетических факторов в этиологию СДВГ составляет примерно 80%, в связи с чем ведется поиск генов, которые обеспечивают молекулярную основу наследуемости [72]. Ряд авторов выдвинули предположение о роли генетических факторов в существование семейных форм СДВГ. Генеалогический анализ в семьях детей с СДВГ показал, что нередко у их родителей или близких родственников в детстве наблюдались те же симптомы, а в школьном возрасте имелись аналогичные нарушения. З. Тржесоглава указала на то, что прослеживается связь между антисоциальным поведением родителей и СДВГ у детей, даже если дети живут отдельно. З. Тржесоглава показала, что у 15% таких детей родители страдали хроническим алкоголизмом. J. Biederman et al. выявили связь между гиперактивностью и аффективными нарушениями, алкоголизмом, антисоциальным поведением родителей и родственников первой степени родства [55].

Роль патологических средовых воздействий. Данные научных исследований показывают, что существенная роль в развитии СДВГ отводится средовым медико-биологическим и социально-психологическим факторам [10, 25, 27, 72]. Десятки масштабных исследований, проведенных по всему миру выявили связь СДВГ с резус-конфликтом, возрастом родителей, аномалиями беременности и родов, недостаточным или избыточным весом при рождении, курением матери, психическими травмами матери в период беременности, приемом некоторых пищевых добавок, искусственным вскармливанием, алиментарной недостаточностью, авитаминозами, травмами, интоксикациями, особенностями воспитания и другими негативными факторами, что подчеркивает неспецифичность СДВГ как патологического состояния. Последствия перенесенного перинатального поражения центральной нервной системы становятся заметнее по мере ее созревания и зависят от момента и длительности воздействия

повреждающего фактора, от степени повреждения центральной нервной системы. Наиболее критическим периодом считают поздние стадии беременности и роды [28, 36, 67, 75]. Важную роль в развитии и течении заболевания традиционно отводят социально-психологическим факторам, таким как воспитание и психологический климат в семье, бедность, криминальное окружение, психические расстройства у родителей, включая алкоголизм, воспитание в неполной семье, детских учреждениях и др. [28]. Отмечено и обратное: в семьях, где воспитываются дети с СДВГ, ухудшается психологический климат, чаще возникают конфликты, что, в свою очередь, влияет на ребенка [6, 15, 22, 23].

Дизонтогенетическая концепция. В рамках концепции психического дизонтогенеза СДВГ рассматривается как сложная асинхрония развития, обусловленная множеством внутренних и внешних факторов, приводящая к неспецифическим формам реагирования, ассоциированным с психомоторным уровнем реактивности. Дизонтогенетическая концепция изначально предполагает полиэтиологическую природу СДВГ и сходных с ним состояний. [1, 4, 12, 52].

Перечисленные выше теории органично дополняют друг друга, по-разному преподнося совокупность знаний о природе единого социального и медико-психологического феномена, обозначаемого как СДВГ.

В современных эпидемиологических исследованиях, проведенных за рубежом, приводятся данные о распространенности СДВГ в детской популяции от 2% до 12% с тенденцией к росту. В США, по разным данным, этой болезнью страдает от 3 до 20% всех школьников. В Австралии – от 4 до 40% учеников младшей школы. В Германии в настоящее время более полумиллиона детей страдают СДВГ. По данным отечественных и зарубежных исследователей частота встречаемости СДВГ среди детей дошкольного и школьного возраста в среднем достигает 5–20% [7, 8, 23, 69]. Большой разброс данных объясняется тем, что более высокие показатели получены в результате анкетирования учителей и родителей, диагностика, произведенная психологами и врачами общей практики. а более низкие – в комплексных клинико-психологических обследованиях с участием врачей-психиатров и патопсихологов выявляют самые низкие показатели распространенности СДВГ (около 2% детской популяции) [23, 57, 55, 68, 69].

СДВГ значительно чаще встречается среди мальчиков (в среднем в соотношении от 3:1 до 16:1) [68]. Для девочек более типичны нарушения внимания, чем гиперактивность и импульсивность [28,51]. Среди мальчиков с СДВГ чаще, чем у девочек, встречаются коморбидные (сопутствующие) нарушения поведения и аффективные расстройства. Высокая частота симптомов заболевания у мальчиков может быть обусловлена более высокой уязвимостью плода мужского пола по отношению к патогенетическим

воздействиям во время беременности и родов. У девочек большие полушария головного мозга менее специализированы, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных функций при поражении центральной нервной системы по сравнению с мальчиками [29, 35, 70, 71, 72, 73, 74].

Первые симптомы СДВГ развиваются в возрасте до 7 лет. Симптомы постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 месяцев и имеют такую степень выраженности, которая свидетельствует о слабой адаптации ребенка. Недостаточная адаптация проявляется в разных ситуациях и видах окружающей обстановки. По данным исследователей, большинство детей с данной дисфункцией имеют хороший уровень интеллектуального развития, о чем свидетельствуют результаты специальных исследований [29, 72]. В исследованиях И.П. Брызгунова [10], А.Г. Полуниной [46], А. Mc Lean [69] и др., посвященных интеллекту детей с синдромом указывается, что специфичной для них является следующая особенность: при высоких показателях интеллекта эти дети часто показывают низкую академическую успеваемость. В исследованиях М.М. Безруких, Е.С. Логиновой, посвященных изучению интеллекта у детей с СДВГ посредством теста Д. Векслера, в том числе и с оценкой психофизиологической структуры интеллекта, проведенных среди детей 7-летнего возраста с признаками СДВГ, показано достоверное снижение вербальных и невербальных интегральных показателей интеллекта. При этом высокие показатели (Мах и выше) по вербальным интегративным показателям выявлены у 42,3 % детей с СДВГ, по невербальным интегративным показателям у 61,5 %, по общему интеллектуальному показателю - у 61,5 % детей. По данным исследователей, возбудимость и реактивность ребенка СДВГ прямо взаимосвязано с меньшей степенью сформированности его интеллектуальных функций и преобладанием в структуре его учебной мотивации неэффективных мотивов (внешнего - «Я хожу в школу, потому что мама заставляет. Если бы не мама, я бы в школу не ходил», игрового - «Я хожу в школу, потому что там весело, там много ребят, с которыми можно играть») и взрослости - «Я хожу в школу, потому что хочу быть взрослым, таким, как папа, мама и брат с сестрой. До школы я был маленький», [62]. Все это приводит к тому, что во время школьных занятий детям с СДВГ сложно справиться с предлагаемыми занятиями, а их поведение не соответствует нормальным возрастным характеристикам. Е.В. Логинова считает, что объяснить сохранность интеллекта можно тем, что у большинства таких детей сохраняется фон корковых функций, но, в то же время, определяется их дефицит. При данной патологии наблюдается задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих речь, внимание, память, восприятие и другие виды высшей психической деятельности.

Вследствие очагового поражения, недоразвития или дисфункции тех или иных отделов коры больших полушарий мозга у детей проявляются нарушения формирования школьных навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия), которые часто наблюдаются не в изолированном, чистом виде, а сочетаются между собой [8]. По данным Н.Н. Заваденко дети с СДВГ в 66 % имеют дисграфию и дислексию, 61% – дискалькулию, а их психическое развитие отстает на 1,5–1,7 года [29].

В младшем школьном возрасте СДВГ характеризуется выраженным преобладанием функциональных изменений над органическими. Характерная черта умственной деятельности гиперактивных детей – цикличность, мозг продуктивно работает 5–15 минут, а затем 3–7 минут накапливает энергию для следующего цикла [51]. Дети нуждаются во внешней активации, однако в группе при излишней «активации» – перевозбуждаются и теряют работоспособность. Формирование психических функциональных систем вследствие этого осуществляется специфическим образом, не характерным для соответствующего возрастного периода и базирующимся нередко на стихийном включении компенсаторных механизмов.

Современное состояние психологического знания о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью указывает на сложность и неоднозначность проявления, диагностирования и коррекции данного синдрома в различных возрастных периодах и областях деятельности помогающих профессий – психология, педагогика, педиатрия. Теоретический анализ психолого-педагогической литературы, периодической печати по проблеме исследования, изучение практического опыта деятельности образовательных учреждений Ростовского региона (г. Шахты: «Центр психолого-медико-социального сопровождения»), а также обобщение практического опыта оказания психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи в Москве и Санкт-Петербурге, позволили сделать вывод о том, что гиперкнитетический синдром не является болезнью в классическом смысле слова, когда симптомы позволяют сделать выводы о причинах заболевания. Гиперактивность не возникает внезапно, а имеет длительную историю своего развития, проявляясь определенными проблемами возрастного психического развития.

По данным ряда исследователей к подростковому возрасту, повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, но импульсивность и дефицит внимания сохраняются. По результатам исследования Н.Н. Заваденко, поведенческие нарушения сохраняются почти у 70% подростков и 50% взрослых, имевших в детстве диагноз СДВГ [21].

Если в раннем детстве отмечается незрелость двигательных и психических функций, то в подростковом возрасте проявляются нарушения в адаптационных механизмах, что становится причиной правонарушений и преступлений.

Академик РАМН В.И. Покровский на I Международном форуме «Охрана здоровья детей в России» (2006), отметил, что дети, страдающие СДВГ и не получавшие своевременного лечения:

- бросают школу – 32-40%;
- заканчивают вузы – только 5-7%;
- имеют мало друзей или совсем не имеют – 50-70%;
- плохо справляются с работой – 70-80%;
- втягиваются в антисоциальную деятельность – 40-50%;
- беременеют в подростковом возрасте – 40%;
- страдают депрессией и расстройствами личности – 20-30%, во взрослом состоянии 18-25%.

Таким образом, выбор для ОЭР возрастной категории от 7 до 14 лет является актуальным. В то же время практически отсутствуют целевые научно-методические разработки по оказанию специализированной комплексной помощи подросткам 11-14 лет в образовательном процессе для профилактики возможных нарушений социализации, что обосновывает новизну ОЭР.

СДВГ редко встречается изолированно, в данном случае коморбидность скорее правило, чем исключение. В 44% – 87% случаев СДВГ сочетается хотя бы с одним сопутствующим расстройством: оппозиционно-вызывающим расстройством, асоциальным расстройством поведения, депрессивными состояниями и тревожными расстройствами. Около 25% детей с СДВГ (преимущественно мальчики) обнаруживают специфические расстройства школьных навыков. Часто встречается при СДВГ синдром вегетативной дистонии. Более чем у 1/4 таких детей отмечаются повышенная потливость, акроцианоз, стойкий красный дермографизм, лабильный пульс. Особенно выражены эти нарушения в пре- и пубертатном периодах. Л.С. Чутко выделяет следующие коморбидные расстройства: головные боли – 5%, тики – 40%, дислексии – 21%, нарушения сна – 18 %, расстройства поведения – 26 %, тревожные расстройства – 53%, заикание – 11% [63]. Большинство авторов обращает внимание на эмоциональную несдержанность, избыточную капризность, оппозиционность в поведении детей с СДВГ. При неудачах у них на первый план выходит психоэмоциональная неустойчивость, прогрессивно усиливающаяся [47, 68, 76].

От 65% до 75% детей с СДВГ имеют оппозиционное вызывающее расстройство, которое характеризуется агрессивностью и склонностью нарочно задирать других, вызывающим, негативистским поведением. На базе СДВГ легче развиваются неврозы и невропатии. По различным данным у 30–50% больных неврозами имелись в детстве функциональные отклонения в деятельности нервной системы. Однако более половины детей с СДВГ не страдают неврозами и не имеют патологических отклонений в личностном развитии. Но на фоне невроза, если он развивается, процесс нормализации работы мозга приостанавливается, может происходить явное нарастание дезорганизации и ухудшение состояния. Е.В. Шарапановская приводит динамику частоты встречаемости СДВГ и неврозов среди детей разных лет обучения в школе [64, 65]. Если частота встречаемости СДВГ последовательно уменьшалась с 18,2% у первоклассников и 17,5% второклассников до 13,9% у детей на 3–4-м году обучения, то распространенность неврозов и невротических реакций, наоборот, характеризовалась постепенным возрастанием с 7,1% на 1-м году обучения до 9,2% на 3–4-м году. Часто наблюдаются неврозоподобные состояния – тики, энурез, страхи и т. д. По данным медицинских исследований примерно половина детей с СДВГ страдает от различных тревожных состояний, которые могут быть обусловлены неуверенностью и сомнениями в своих силах, неумением эффективно строить отношения с другими людьми, особенно со сверстниками, из-за постоянного неуспеха в учебе или в других видах деятельности. Дети с СДВГ гораздо хуже адаптируются в новой обстановке и более подвержены воздействию негативных стресс-факторов, увеличивающих тревожный фон настроения ребенка. По данным З. Tresohlava частота симптомов распределяется следующим образом: нарушение внимания – 96%, гиперактивность – 80%, легкие неврологические знаки – 70%, перцептуальные нарушения – 67%, снижение способности к обучению – 67%, импульсивность – 63%, отклонения в эмоциональном восприятии – у 58%, снижение развития моторики 38% детей, 36,2% детей имеют отклонения в артикуляции [55]. Прослеживается определенная зависимость между имеющейся у ребенка симптоматикой и его возрастом. Чаще всего страдают дети в возрасте от 3 до 15 лет, но наиболее часто заболевание проявляет себя в дошкольном и младшем школьном возрасте. Пик проявления синдрома гиперактивности приходится на возраст 6–7 лет, а к 14–15 годам гиперактивность постепенно уменьшается. Нарастание симптомов СДВГ с началом посещения детского сада (в возрасте 3 лет) или школы (6–7 лет) может быть связано с неспособностью нервной системы справляться с новыми требованиями, предъявляемыми ребенку в условиях увеличения психических и физических нагрузок [3, 7, 13, 18, 26, 64]. В большинстве случаев проявления СДВГ постепенно ослабевают и часто совсем исчезают

в подростковом возрасте [32]. Однако не так уж редко симптоматика сохраняется у подростков и даже взрослых (распространенность СДВГ во взрослой популяции колеблется в диапазоне 1–6%) [24, 34,70]. Проблемы детей СДВГ не заканчиваются в начальной школе – они дают о себе знать в юности и во взрослой жизни. В юности такие люди бросают школу, употребляют спиртное, наркотики, воруют. Во взрослой жизни они чаще других попадают в аварии, замечены в девиантном и делинквентном поведении. По данным исследования российского института судебной психиатрии им. Сербского – более 90 % взрослых геймеров (игроманов) в детстве страдали СДВГ.

Психологические особенности личности младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Дети с СДВГ имеют определенные особенности в развитии, носящие типологический характер и наиболее ярко проявляющиеся с началом интенсивной интеллектуальной деятельности в младшем школьном возрасте. У детей с СДВГ наблюдаются следующие отклонения развития по сравнению с возрастной нормой: быстрая утомляемость и сниженная работоспособность (при этом общее физическое утомление может полностью отсутствовать); резко снижены возможности самоуправления и произвольности в любых видах деятельности; выраженные нарушения в деятельности ребенка (в том числе, и умственной) при эмоциональной активации, значительные сложности в формировании произвольного внимания: неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, слабое распределение, проблемы с переключением в зависимости от преобладания лабильности или ригидности; снижение объема оперативных памяти, внимания, мышления: ребенок может удержать в уме и оперировать довольно ограниченным объемом информации; трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную. Перечисленные отклонения включаются в первичный дефект (или симптомокомплекс СДВГ), так как фактически неотделимы от него. Все остальные отклонения психологического порядка следует отнести к вторичным, третичным и другим нарушениям и вынести за рамки симптомов СДВГ. Это говорит о том, что они не являются обязательными, закономерными следствиями легких церебральных патологий. Их можно избежать или снизить интенсивность проявлений, если деятельность ребенка осуществлять «в обход» его основного первичного дефекта. Увеличение нагрузки на нервную систему приводит к нарушению поведения в виде упрямства, непослушания, негативизма, а также к невротическим расстройствам, замедлению речевого развития. Ребенку не хватает

побуждений, чтобы начать деятельность или ее продолжить, всегда страдает мотивационная сторона деятельности. Роль органической недостаточности состоит, в частности, в том, что она способствует развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, заостряемости и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях с людьми. Признаком отклоняющегося развития детей с СДВГ является незрелость эмоционально-волевой сферы, и как следствие, неверно выстраивается система интересов и потребностей детей [15]. Вместо избирательных эмоциональных предпочтений ребенок с СДВГ реагирует на все раздражители одинаково. Колебания поведения у этих детей различны в разное время суток и в разных ситуациях, поэтому поведение их непредсказуемо. Настроение очень переменчиво, часто дети раздражительны и эмоционально лабильны, легко переходят от смеха к слезам. Результаты проведенных В.М. Астаповым исследований дают возможность предположить, что на этапе поиска у высокотревожных детей младшего школьного возраста с СДВГ наступает дезорганизация деятельности, связанная с ломкой ее мотивационной структуры. Ведущей становится направленность внимания на поиск угрозы, а не на реализацию основной цели деятельности, не всегда приводящей к адекватному отражению действительности [5].

Особенности межличностных отношений младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Особенности межличностных отношений детей с СДВГ проявляются в отношениях со взрослыми и сверстниками. Чаще всего эти дети являются инициаторами социальных отношений. Однако избыточное эмоциональное реагирование, не соответствующее содержанию ситуации, социальным ожиданиям и оттенкам межличностных отношений осложняет их взаимоотношения как со сверстниками, так и со взрослыми. Колебания поведения у этих детей различны в разное время суток и в разных ситуациях, поэтому поведение их непредсказуемо. Очень часто ребёнок с СДВГ плохо себя ведет и не обращает внимания на окружающих. Гиперактивный ребенок может не понимать, что приятно другому человеку, а что неприятно и быть безразличным к переживаниям других людей. В попытке привлечь к себе внимание ребёнок совершает непредсказуемые поступки, учащаются случаи показного баловства, проявляется импульсивная, двигательная и вербальная активность, он действует как бы бездумно, переходит от одного занятия к другому, болтает, не подумав («речь опережает мысль»). Ряд авторов считает, что «бездумность» расторможенных детей с СДВГ представляется как

компенсаторный феномен по отношению к их неспособности концентрировать внимание, т.е. произвольно выделять из полевого потока информации ту ее часть, которая подлежит осознанию, а их двигательная гиперактивность своего рода защитный транс, экономящий энергетические затраты [57, 59]. В исследованиях Н.И. Цыганковой, И.М. Никольской, (2012) достоверно доказано, что отношение к другу как к эмоционально значимой фигуре у ребенка с СДВГ прямо взаимосвязано с гипопротекцией со стороны матери, неразвитостью ее родительских чувств, чрезмерностью запретов и санкций, проекцией на ребенка нежелательных качеств. В то же время, отношение к учителю как эмоционально значимой фигуре прямо взаимосвязано с недостаточным удовлетворением матерью потребностей ребенка с СДВГ и обратно – с ее воспитательной неуверенностью. Чем больше значима фигура учителя для ребенка с СДВГ, тем меньше у него выражены конфликтность, активно-агрессивная реакция на фрустрацию и тем больше – любознательность.

Несмотря на то, что эти дети знают правила социального поведения, им трудно применять свои знания на практике. В отношениях со сверстниками они с трудом ладят с другими, агрессивны и требовательны, стремятся руководить, поэтому быстро теряют друзей, которые отказываются с ними заниматься или играть. В играх дети с СДВГ часто становятся «мишенью», отталкиваются коллективом. Дети с СДВГ не умеют строить продуктивно свои отношения со взрослыми, не готовы принять относительную условность делового общения, правил поведения. Ребенок начинает «эксплуатировать» учителя, чрезмерно приближаясь к нему, либо, наоборот, резко дистанцируется от него, проявляя апатичность, пассивность, безразличие. Для других детей, с демонстративно-агрессивной моделью отношений, характерно недружелюбие, непослушание, негативное отношение к взрослому. Социально-поведенческие аспекты поведения этих детей важны не только распространяющимся повсюду отрицательным их влиянием на сверстников, но также и потому, что эти дети служат как бы социальным катализатором, влияющим на поведение других и часто в нежелательном направлении [61].

Особенности семейного воспитания младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Негативные настроения и плохая адаптированность в большой степени определяются средой, прежде всего общесемейной, поэтому важное значение имеют воспитательные стратегии, либо компенсирующие, либо, наоборот, провоцирующие

появление нежелательных симптомов. Исследования, проведенные И.П. Брызгуновым и Е.В. Касатиковой, показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные – это дети из семей высокого социального риска [10]. У них могут появляться признаки эмоциональной депривации вследствие недостатка материнской ласки и нормального человеческого общения. В других семьях, где гиперактивные дети находятся под неослабным контролем матери, у них плохо развиваются чувства независимости и самостоятельности. Матери, контролируя, дают больше указаний, но менее ласковы к детям, мало поощряют и хвалят их. Результатом этого становится чаще всего неумеренное ужесточение режима воспитания, иногда жалость, апатия от ощущения безысходности или, наоборот, чувство вины за неправильное воспитание. Создается ситуация, когда в процессе воспитания ребенок получает больше негативных, чем позитивных, воздействий [42]. В некоторых случаях дети с гиперактивностью могут провоцировать родителей к резко агрессивным реакциям, особенно если сами родители неуравновешенны и неопытны. Гиперактивные дети имеют огромный дефицит физического и эмоционального контакта с матерью. Из-за отсутствия этих важных контактов возникают нарушения в эмоциональной сфере: тревожность, неуверенность, возбудимость, негативизм. Следует отметить, что присутствие в семье гиперактивного ребенка может приводить к семейным конфликтам, и негативно сказывается на состоянии больного ребенка. Установлено, что в семьях, где воспитываются дети с СДВГ, значительно выше число разводов, семейных конфликтов, случаев жестокого обращения с детьми [70]. В научных исследованиях достоверно доказано, что вынесение матерью супружеского конфликта в сферу воспитания ребенка с СДВГ прямо взаимосвязано с его конфликтностью, активно-агрессивной реакцией на фрустрацию. а характер межличностных отношений – с характеристиками материнского воспитания.

Когда ребенок живет в семье, где ровные, спокойные отношения, то гиперактивность может быть не проявлена. Но попадая в школьные условия, где много внешних раздражителей, ребенок начинает демонстрировать весь набор признаков СДВГ, вызывая трудности обучения и воспитания.

Особенности социальной адаптации младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности

Для детей и взрослых с СДВГ характерны трудности социальной адаптации, проявляющиеся в первую очередь на микросоциальном уровне – в семье, коллективе сверстников. Происходит замедление процесса социализации – процесса усвоения

культурно-исторического опыта. Как и любое другое нарушение здоровья, СДВГ играет роль определенной призмы, через которую строятся отношения ребенка и родителей, формируется отношение к себе и своему состоянию, к своим возможностям и социальной компетентности. Начальный этап школьного обучения, новая социальная ситуация большинством специалистов расценивается как стрессогенная даже для здоровых и благополучных детей. Дети с СДВГ испытывают особые трудности, так как в условиях, когда учебная деятельность становится ведущей, предъявляются повышенные требования именно к тем функциям, которые у них нарушены. СДВГ влияет на все познавательные процессы, снижает эффективность обучения, вызывает трудности в воспитании и социальной адаптации. Наличие стойкой психотравмирующей ситуации, стимулирует автоматическое включение психологических защитных механизмов и побуждает детей использовать стратегии совладающего поведения. Общие признаки детей с СДВГ и с симптомами невнимательности и импульсивности – большое число используемых и помогающих копинг-стратегий (в том числе, направленных на внешнее отреагирование аффекта....). Первичные поведенческие нарушения, делающие ребенка неприспособленным к выполнению общепринятых стандартов и социальных требований, служат источником непонимания и недовольства со стороны окружающих взрослых. Частые конфликты еще более ухудшают поведение за счет вторичных адаптационных реакций протеста, отказа, оппозиции, гиперкомпенсации. Ю.А. Шевченко видит проблему в том, не имея успехов в учебе, получая бесконечные выговоры и замечания за свое поведение, эти дети начинают считать самих себя никчемными и неисправимыми. У них либо опускаются руки, либо они трансформируются в психопатическую личность [66]. Эти дети подвержены дидактогениям, то есть болезненным расстройствам, связанным с психическими травмами, наносимыми учителями. В результате этого возможны острые или хронические стрессовые ситуации, разрешение которых дети видят в уходе из дома, бродяжничестве, а иногда и в самоубийстве. Многие дети с трудом удерживаются в рамках организованных детских коллективов, их отвергают сверстники, они становятся участниками асоциальных и криминальных молодежных групп [13, 37].

Заключение

Проведенный в рамках первого этапа ОЭР по теме «Совершенствование условий организации и осуществления образовательного процесса для преодоления синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обучающихся» аналитический обзор результатов российских и международных научных исследований и научных статей, публикаций по тематике позволяет сделать следующие выводы:

СДВГ – полиэтиологическое состояние, его симптомы могут быть выражены в различной степени проявлений и сочетаний, интенсивность их может меняться. На фоне СДВГ наблюдаются нарушения созревания высших психических функций, нарушения поведения, трудности школьного обучения, различные невротические реакции и невротоподобные состояния, а также сложности обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов.

Исследователи рассматривают три основные группы факторов, детерминирующих развитие СДВГ: раннее повреждение центральной нервной системы, связанное с негативным влиянием на развивающийся мозг различных форм патологии течения беременности и родов; генетические факторы; внешние социальные и социально-психологические факторы. В качестве социально-психологических факторов, играющих роль в развитии и течении данного заболевания, указываются недостаточное образование родителей, неполная семья, депривация или деформация материнского ухода, воспитание в условиях холодных, конфликтных взаимоотношений между родителями, педагогическая запущенность.

Для младшего школьника с установленным врачом-неврологом диагнозом «СДВГ» характерна менее высокая степень сформированности интеллектуальных функций, случайный выбор и неэффективность учебных мотивов, их невстроенность в структуру личности. Маркером принадлежности ребенка к группе СДВГ является его меньшее послушание, уступчивость и, одновременно, менее выраженная личностная напряженность и фрустрированность.

Наличие у ребенка симптомов СДВГ - невнимательности, импульсивности и гиперактивности, создающих «удобные» условия для внешнего отреагирования аффекта. Более низкая личностная напряженность, раздражительность фрустрированность детей с СДВГ прямо взаимосвязанными с большим числом используемых и помогающих им копинг-стратегий (в том числе, социально неодобряемых: «борюсь, дерусь», «дразню», «делаю что-то подобное»). Несомненно, что они обуславливают трудности в межличностных отношениях, характерные для детей с СДВГ в связи с социальной неадекватностью их поведения. Однако, следствием того, что отрицательный аффект легко отреагируется, ребенок, по сути, не обучается правильно себя вести, так как отрицательные эмоции (страх и его социализированные формы стыд и вина) не становятся важным внутренним регулятором его поведения.

Влияние СДВГ на материнское воспитание детей с СДВГ определяет черты гипопротекции: ребенок находится на периферии внимания матери, ей «не до него» и она обращается к нему лишь время от времени, когда случается что-то серьезное.

Для матери ребенка с СДВГ также характерно предъявление детям меньшего числа требований и отсутствие четкой системы наказаний, желание видеть своего ребенка более взрослым, проекция на него нежелательных качеств на фоне устойчивости таких черт воспитания. Гипопротекция матери обуславливает значимость для ребенка с СДВГ отношений с компенсаторными фигурами – учителем и другом. При этом, чем более значимой становится фигура учителя, тем меньше у ребенка выражены конфликтность, активно-агрессивная реакция на фрустрацию и тем больше – любознательность. Таким образом, для коррекции межличностных отношений детей с СДВГ учитель должен рассматриваться как ресурсная фигура.

Таким образом, аналитический обзор результатов российских и международных научных исследований и научных статей, публикаций по тематике ОЭР показал, что дети с СДВГ действительно имеют специфические особенности развития когнитивной, эмоционально-волевой, поведенческой сферы, специфические характеристики личности и межличностных отношений которые при создании специальных условий обучения, развития и воспитания в семье и школе могут быть не проявлены или проявляться незначительно. Совершенствование условий организации и осуществления образовательного процесса будут способствовать преодолению синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обучающихся и коррекции дефицитарных функций.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. – СПб.: Речь, 2002. – 560 с.
3. Андреюк В.Ю., Дмитриева Т.Н., Холмогорова А.Б. / Психосоциальная реабилитация подростков с проблемой школьной дезадаптации в форме систематических пропусков занятий // Неврологический вестник им. В.М. Бехтерева выпуск 1, том XLI. Казань, – 2009, – С.102-105.
4. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
5. Астапов В.М. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: хрестоматия / Под ред. В.М. Астапова, Ю.В. Микадзе. – СПб.: Питер, 2008.– 256 с.

6. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей: обзор // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева № 3. – 1993. – С. 74-90.
7. Безруких М.М., Мачинская Р.И., Крупская Е.В. и др. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь. М. – Воронеж, 2009. – 248 с.
8. Белоусова Е.Д., Никанорова М.Ю. Синдром дефицита внимания и гиперактивности // Российский вестник перинатологии и педиатрии № 3. 2000. – С. 39–42.
9. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве. Норма и отклонения. – М.: Педагогика, 1990. – 144 с.
10. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 96 с.
11. Брызгунов И.П. Между здоровьем и болезнью. Функциональные заболевания в детском возрасте. – М.: Кронн-Пресс, 1995. – 224 с.
12. Власова Т.А., Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 37 с.
13. Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации // Школьная дезадаптация. Эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. – М.: Педагогика, 1995. – С. 8-11.
14. Глезерман Т.Б. Мозговые дисфункции у детей. – М.: Наука, 1983. – 235 с.
15. Грибанов А.В. Волокитина Т.В. Гусева Е.А. Подоплекин Д.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. – Москва: Академический проект, 2004. – 176 с.
16. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. / Пер. с англ. – Издательство «Триада-Х», 2008. – 405 с.
17. Власова Т.А., Певзнер М.С. Дети с отклонениями в развитии. – М.: Просвещение, 1973. – 37 с.
18. Диагностика и коррекция социальной дезадаптации подростков / Под ред. С.А. Беличевой. – М.: Социальное здоровье России, 1999. – 182 с.
19. Досани С. 52 способа преодоления дефицита внимания и гиперактивности у детей. – М.: Изд-во Центрполиграф, 2010. – 221 с.
20. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Ранние неврологические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей. // Журнал Невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1976 – Т. 10, № 10. – с. 1450 – 1454.
21. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. – М.: Академия, 2005. – 256 с.

22. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Манелис Н.Г., Успенская Т.Ю., Суворинова Н.Ю., Борисова Т.Х. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. 1999. – № 4. – с. 4-9.
23. Заваденко Н.Н., Лебедева Т.В., Счасная О.В., Заваденко А.Н. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: роль анкетирования родителей и педагогов при оценке социально-психологической адаптации пациентов. // Журнал неврологии и психиатрии. – 2009 г. – № 11. – С. 5-57.
24. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцева М.В. Гиперактивность с дефицитом внимания: факторы риска, возрастная динамика, особенности диагностики. – Дефектология. – 2003. – № 6 – С. 13-20.
25. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей // РМЖ – 2006. – Т. 14. – № 1. – С. 51–56.
26. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Манелис Н.Г., Успенская Т.Ю., Суворинова Н.Ю., Борисова Т.Х. Школьная дезадаптация: психоневрологическое и нейропсихологическое исследование // Вопросы психологии. 1999. – № 4. – С. 4-9
27. Заваденко Н.Н., Успенская Т. Ю., Суворинова Н. Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журн. неврол. и психиатр. – 1997. – № 1. – С. 57-61.
28. Заваденко Н.Н. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: ее основные причины и подходы к диагностике // Неврологический журнал. 1998. – Том 3, № 6. – С. 13-17.
29. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // Мир психологии. 2002. – № 3. – С. 196-208
30. Заваденко Н.Н. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: ее основные причины и подходы к диагностике // Неврологический журнал. 1998. – Том 3, № 6. – С. 13-17.
31. Касатикова Е.В., Ларионов Н.П., Брызгунов И.П. Исследование распространенности, показателей внимания и факторов риска для развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у школьников // Педиатрия. – 1999. – №5. – с. 73-76
32. Кольцова М.М. Медлительные дети. – СПб.: Речь, 2003. – 94 с.
33. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. Ун-та, 2000. – 232 с.

34. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Научно-методическое пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
35. Кочубей Б.И. Новикова Е.В., Эмоциональная устойчивость школьника. – М.; Сфера, 1998. – 96 с.
36. Кулаков С.А. Практикум по психотерапии психосоматических расстройств. – СПб: Речь, 2007. – 294 с.
37. Кучма В.Р., Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза). – М.: Олег и Павел, 1994. – 98 с.
38. Лазебник Т.А., Чутко Л.С., Кропотов Ю.Д. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие – СПб., 2002. – 48 с.
39. Логинова Е.С. Психофизиологическая структура вербального и невербального интеллекта детей 6-7 и 9-10 лет с разной успешностью обучения: автореф. дис. ... канд. биол. наук. М., 2003.
40. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). 2-е издание. – СПб: Изд-во ЭЛБИ-СПб, 2008. – 320 с.
41. Лохов М.И., Фесенко Ю.А., Рубин М.Ю. Плохой хороший ребенок. (Проблемы развития, нарушения поведения, внимания, письма и речи). 2-е издание. – СПб: Изд-во ЭЛБИ-СПб, 2008. – 320 с.
42. Лютова Е.К., Моница Г.Б. Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми. – М.: Генезис, 2006. – 192 с.
43. Международная классификация болезней (МКБ-10). – СПб.: Издание ВОЗ, 1994. – 697 с.
44. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология: Нарушение психики ребенка / Пер. с англ.– СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 384 с.
45. Покровский В.И., Бочков Н.П., Белоусов Ю.Б. и др. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи. // Русский журнал детской неврологии. т. II, вып. 1, 2007. – 56 с., С. 3-21
46. Полунина А.Г., Давыдов Д.М., Брюн Е.А. Когнитивные нарушения и риск формирования алкоголизма и наркоманий при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Психологический журнал. – 2006. – V. 27 (1) – С. 93-100

47. Последние новости детской неврологии. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи. (Доклад экспертной комиссии по СДВГ). // Русский журнал детской неврологии. т. II, 2007. – С. 3-21.

48. Романов А.М. Когнитивная и эмоциональная сфера у младших школьников, страдающих СДВГ, и их особенности в зависимости от стиля воспитания / А.М. Романов // Междисциплинарный подход в детской неврологии (успехи детской психиатрии, неврологии, психотерапии и клинической психологии) / Материалы междунар. конфер. «П Мнухинские чтения» 6 ноября 2008 г. – СПб, 2008. – С. 119-120

49. Руководство по социальной педиатрии [Электронный ресурс] / сост.: В. Г. Дьяченко, М. Ф. Рзынкина, Л. В. Солохина; под ред. В.Г. Дьяченко. – Хабаровск: Издательство ДВГМУ, 2010. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=110>. – Основано на версии, датир.: 2010, май, 24.

50. Рычкова Н.А. Поведенческие расстройства у детей: диагностика, коррекция и психопрофилактика. – М.: Ассоциация авторов и издателей «Тандем». Изд-во «Гном-пресс», 1998. – 100 с.

51. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам – М.: ТЦ Сфера, 2008 – 128 с.

52. Степанов С.В. В поисках тормозов // Школьный психолог. – № 4. – 2000. – С. 9-10

53. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.

54. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии. Практикум по формированию адекватных отношений. – М.: Издательство «Гном-Пресс», 1999. – 64 с.

55. Тржесоглава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1986. – 256 с.

56. Уэндер П., Шейдер Р. Психиатрия. / Под редакцией Р. Шейдера. Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 485 с.

57. Фесенко Е.В, Фесенко Ю.А. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – СПб.: Наука и Техника, 2010. – 384 с.

58. Фесенко Е.В, Фесенко Ю.А. Минимальная дисфункция мозга и пограничные психические расстройства в свете теории стресса Г. Селье // Актуальные вопросы

коррекционной педагогики, специальной психологии и детской психиатрии / Материалы международной научной конференции 23-24 апреля 2008 г. – С. 495-499

59. Фесенко Ю.А., Случаевская С.Ф. и др. Медико-социальные аспекты СДВГ у детей школьного возраста (по материалам доклада главного детского невролога МЗ и СР РФ, д.м.н., профессора В.М. Студеникина) // СДВГ и родственные формы когнитивных нарушений, эмоциональных дисфункций и поведенческих расстройств / Материалы конфер. «Мнухинские чтения» – СПб, 2006. – С. 80-81

60. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии. 1998. № 9. – С. 4-8.

61. Цыганкова Н.И. Личность и межличностные отношения младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – СПб. – 2012, стр. 194

62. Цыганкова Н.И. Гиперактивные дети: воспитательная практика и копинг-стили матерей. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N3. URL:

http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_3_8/nomer/nomer00.php (дата обращения: 10.02.12.)

63. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб.: Хока, 2007. – 136 с.

64. Шарапановская Е.В. Воспитание и обучение детей с ММД и ПОШП. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 96 с.

65. Шарапановская Е.В. Социально-психологическая дезадаптация детей и подростков: Диагностика и коррекция. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 160 с.

66. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. – 2-ое изд.– М.: Вита-Пресс, 1997. – 48 с.

67. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.

68. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горяинова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. – СПб.: САЛИТ-ДЕАН, 1999. – 128 с.

69. American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Attention-Deficit / Hiperactivity Disorder. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit / hiperactivity disorder // Pediatrics. – 2000. – V.105. – P. 1158-1170

70. Barkley R.A. *Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment.* – N.Y., London, 1987.
71. Barkley R.A. *ADHD and the nature of self-control.* – New York, 1997.
72. Ben Amor L., Grizenko N., Schwartz G. et al. Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings // *J Psychiatry Neurosci.* – 2005 Mar; 30(2):120-6.
73. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type // *Am J Psychiatry.* – 2000;157(5). – P. 816–818.
74. Biederman J., Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder // *Biol Psychiatry.* – 1999. – V. 46. – P. 1234-1242
75. Brown R.T., Freeman W.S., Perrin JM, Stein,M-T., Amler RIW., Feldman H.M., Pierce K., Wolraich M.L. Prevalence and assessment of attention deficit-hyperactivity disorder in primary care setting // *Pediatrics.* – 2004. – Vol.114. – №2. – P. 511-512.
76. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th Ed.* –Washington, 1994.
77. Faraone S.V., Sergeant J., Gillberg C., Biederman J. Genetic: of adult attention-deficit/hyperactivity disorder // *Psychiatr. Clin. N. Amer.* – 2004. –Vol.27, №2. – P. 303-321.
78. Frankel F., Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems // *Child. Psychiatry Hum. Dev.* 2002. – Vol.33, № 2. – P.125-146.
79. Isard C.E., Tomkins S.S. Affect and behavior: Anxiety as a negative affect. In. Spielberger C. (ed.). *Anxiety and behavior.* New York. - 1966
80. Kutcher S., Aman M., Brooks S.J., Van Daalen E. Fegert J., Findking R.L., Fisman. S., Greenhill L.L., Huss M.,Kusumakar V., Pine D., Taylor E., Tyyano S. Internacional consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders (DBDs): clinicalimplications and treatment practice suggestions // *European Neuropsychopharmacology.* – 2004. – V 14. – P. 11-28.
81. Lahey B.B., Pelham W.E., Jan Loney J. et al. Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD From Preschool Through Elementary School // *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:896-902.
82. McGough J.J. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder pharmacogenomics // *Biol Psychiatry.* – 2005. – V. 57. – P. 1367-1373
83. Rosler M., Retz W., Retz-Jundinger P., Hengesch G., Schneider M., Supprian T., Schwitzgebel P., Pinhard K., Dovi-Akue N., Wender P., Thjme J. Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder and comorbid disordes in young male prison inmates // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* – 2004. – V. 254(6). – P. 365-71

84. Schachter S., Singer J. Cognitive, Social, and Physiological Determinants of Emotional State. *Psychological Review*. – 1962. – V. 69. – P. 379–399.
85. Spenser T.J., Biederman J., Wilens T. E., Faraone S.V. et al. Effectiveness and Tolerability of tomoxetine in adults with attention-deficit hyperactivity disorder // *Am J Psychiatry*. – 1998. – V. 155. – P. 693-695
86. Stawicki J.A., Nigg J.T., von Eye A. Family psychiatric history evidence on the nosological relations of DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes: new data and meta-analysis // *J Child Psychol Psychiatry*. 2006 Sep; 47(9): 935-945.
87. Valera E.M., Faraone S.V., Biederman J., Poldrach R.A., Seidman L.J. Functional neuroanatomy of working memory in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder // *Biol Psychiatry*. – 2005. – V. 57. – P. 439-447