

Абшилава Екатерина Феликсовна,

аспирант, Уральский государственный педагогический университет; врач, Детская клиническая больница восстановительного лечения, Научно-практический центр «Бонум»; 620146, г. Екатеринбург, ул. Хохрякова, д. 73; e-mail: eka_k_f@mail.ru

**КОМПЛЕКСНАЯ МНОГОУРОВНЕВАЯ КОРРЕКЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ
МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И
ГИПЕРАКТИВНОСТИ**

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром дефицита внимания; гиперактивность; гиперактивные дети; младшие школьники; лечебно-коррекционная помощь.

АННОТАЦИЯ. В статье рассмотрены разные подходы к определению синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ): гиперкинетический синдром, гиперкинетические нарушения, минимальная мозговая дисфункция. Рассмотрены основные причины и основные проявления СДВГ: клинические проявления дефицита внимания у детей, пренатальная патология, осложнения при родах, психосоциальные причины. Представлена схема комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям с СДВГ: первый уровень – метаболический – предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса. Второй уровень – нейропсихологический – включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка. Третий уровень – синдромальный – включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома, четвертый уровень – поведенческий, и пятый уровень – личностный – подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие со взрослыми и сверстниками. Психокоррекционная работа с гиперактивными детьми состоит из трех основных направлений: развитие дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля), отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками, при необходимости осуществляется работа с гневом. Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с СДВГ позволяет сделать вывод о необходимости включения различных форм и методов. В статье представлена обобщенная система работы с гиперактивным ребенком: физическая реабилитация, обучение навыкам саморегуляции, развитие коммуникативных навыков, коррекция негативных эмоций, развитие дефицитных функций в системе синдрома. Также выделены аспекты, свидетельствующие о нарушениях внутрисемейных коммуникаций, типичных для семей, имеющих детей с СДВГ: они руководят, стремятся стать лидерами, требовать подчинения от братьев и сестер, настаивают на следовании их плану игровых действий, часто не умея довести задуманное до конца. Выявлены трудности в отношениях гиперактивного ребенка с родителями: они ужесточают требования к ребенку, усиливают запреты и наказания, что ведет к усугублению проблем в детско-родительских взаимоотношениях. Отмечено, что родители, имеющие детей с СДВГ, испытывают трудности в сохранении гармоничных супружеских отношений: родители, как правило, прибегают либо к ужесточению давления на ребенка, либо уstraняются от активного участия в его жизни, уходя в болезнь, в работу, находя другого брачного партнера, разрывая супружеские отношения.

Abshilava Ekaterina Feliksovna,

Post-graduate Student, Ural State Pedagogical University; Physician, Children's Clinical Hospital of Medical Rehabilitation, Scientific-practical center "BONUM", Ekaterinburg, Russia.

**INTEGRATED MULTILEVEL ASSISTANCE TO CHILDREN OF JUNIOR SCHOOL AGE
WITH AN ATTENTION AND HYPERACTIVITY DEFICIT SYNDROME**

KEYWORDS: attention deficit disorder; hyperactivity; hyperactive children; junior pupils; treatment-corrective care.

ABSTRACT. The article considers different approaches to the definition of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Hyperkinetic Syndrome, Hyperkinetic Disorders, and Minimal Brain Dysfunction. The main causes and manifestations of ADHD are considered: clinical manifestations of attention deficit of children, prenatal pathology, complications during childbirth, and psychosocial causes. The scheme of complex multilevel care for children with ADHD is presented: the first level – metabolic – presupposes drug use. The choice of drugs is dictated by the structure of the behavioral symptom complex. The second level – neuropsychological – includes neuropsychological diagnostics and complex psychomotor correction of ontogenetic blocks of the brain organization of the child's activity. The third level – the syndrome – includes a complex of developmental games that allow to separately influence individual elements of the syndrome. The fourth and the fifth levels – the behavioral and the personal – involve the use of different types of individual and group psychotherapy aimed at resolving external and internal psychogenic conflicts, personal growth, effective interaction with adults and peers. Psycho-corrective work with hyperactive children consists of three main directions: development of deficit functions (attention, behavior control, motor control); development of specific skills of interaction with adults and peers; and if necessary, work to cope with anger. The analysis of modern approaches to the organization of a psycho-correction process involving children with ADHD suggests that it is necessary

to include various forms and methods. The article presents a generalized system of work with a hyperactive child: physical rehabilitation; training of self-regulation skills; development of communication skills; elimination of negative emotions; development of scarce functions in the system of the syndrome. There are also several aspects that testify violation of intra-family communication typical of families with children with ADHD, such as: they lead, strive to become a leader, demand submission from brothers and sisters, insist on following their plan for playing actions, at the same time, often not knowing how to bring it to the end. Difficulties in the relationship of a hyperactive child with parents have been revealed: they tighten demands on the child, increase bans and punishments, which leads to aggravation of the child-parent relationship. It is noted that parents who have a child with ADHD experience difficulties in maintaining harmonious marital relations: parents, as a rule, resort to either tougher pressure on the child, or are eliminated from active participation in his life being ill, going to work, finding another marriage partner or divorcing.

Научная проблема, описанная в данной статье, заключается в определении сущности, содержания и технологии комплексной многоуровневой психологической помощи и сопровождения детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

В настоящее время проблема гиперактивных детей является актуальной в связи с ежегодным увеличением числа таких детей. Высокая двигательная активность, неустойчивость внимания и импульсивность являются характеристикой нормального развития ребенка-дошкольника. Потребность в движении в нем заложена самой природой. Но существует группа детей, у которых эта потребность достигает патологического уровня – таких детей называют гиперактивными, т. е. сверхподвижными [4]. На современном этапе данная проблема приобретает не только психологическую, но и социальную значимость, так как психомоторное беспокойство, расторможенность, повышенная раздражительность мешают детям с СДВГ адаптироваться к жизни в обществе, усваивать школьную программу. При неблагоприятных обстоятельствах в подростковом возрасте поведение гиперактивных детей может стать девиантным.

Целью статьи является теоретическое обоснование программы комплексной многоуровневой психологической помощи детям с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Гипотеза исследования

Медико-психологическое сопровождение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в условиях реабилитационного центра будет эффективным при выполнении следующих условий:

- в качестве методологического ориентира деятельности медицинского психолога будет принята идея введения ребенка в медико-психологическое пространство, обеспечивающее гармонизацию его отношений с окружающим миром;

- определены и научно обоснованы психологические условия, предусматриваю-

щие организацию взаимодействия в системе «медицинский психолог – дети с СДВГ – родители»: принятие медицинским психологом здоровьеориентированной парадигмы, повышение уровня культуры здоровья участников реабилитационного процесса, изменение стратегии их деятельности с ориентацией на ценностно-социальную модель здоровья.

Методы исследования – анализ психологической, философской, педагогической и медицинской литературы по исследуемой проблеме, медико-психологическая экспертиза, рефлексия и анализ продуктов учебной деятельности, качественные и количественные психодиагностические методы (наблюдение, опрос, экспертные оценки, анкетирование, анализ документов), рефлексия и анализ собственной деятельности.

Теоретические результаты

Гиперактивность как одно из патологических проявлений является частью целого комплекса нарушений, которые составляют «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ), включающий нарушения системы эмоциональной регуляции [2]. В отечественной и зарубежной психолого-педагогической литературе существуют разные подходы к определению данного синдрома. Рассмотрим основные дефиниции данного понятия.

1. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) называют еще гиперкинетическим синдромом. Этот синдром в детском возрасте проявляется трудностями в поведении и учебе, нарушениями в межличностных отношениях, имеющими значительные последствия для самих детей, их родителей, окружающих, в первую очередь для учителей и одноклассников [12];

2. Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) понятие «гиперкинетические нарушения» трактуется как отклонения в поведении, характеризующиеся следующими типичными признаками:

- ранним проявлением (отклонения обычно наблюдаются уже в первые пять лет жизни),

- сочетанием чрезмерной активности в поведении, трудной управляемости и явно выраженной невнимательности,

- недостатком терпения при выполнении заданий, требующих умственных усилий;

- тенденцией к неожиданной и быстрой смене деятельности без доведения начатого до конца;

- хаотичной, недостаточно контролируемой и чрезмерной двигательной активностью, которая может выражаться в области как грубой моторики (бесцельное перебегание с места на место, вставание и пересаживание), так и тонкой (нарушение координации движений – трудности при овладении письмом, рисованием, с ведением тетрадей).

3. В западной литературе данный синдром обозначают как минимальная мозговая дисфункция (ММД) – нарушение функции ЦНС вследствие микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга [2].

Для оказания ранней комплексной помощи гиперактивным детям специалист должен знать причины и основные проявления СДВГ.

А. Д. Гонеев выделяет комплекс клинических проявлений дефицита внимания у детей: беспокойные движения в кистях и стопах, неумение сидеть на одном месте, легкая отвлекаемость на посторонние раздражители, нетерпеливость, неумение доводить начатое до конца, очень быстрая переключаемость с одного дела на другое, болтливость, неумение играть, разговаривать тихо и спокойно, отсутствие умения прогнозировать последствия своих поступков, спонтанность и необдуманность действий, суетливость, несформированность праксиса и мелкой моторики, малая продолжительность сна и трудности при засыпании [5].

Основными проявлениями СДВГ считаются гиперактивность, дефицит внимания и импульсивность, вторичными нарушениями являются слабая успеваемость и трудности в общении.

Причинами гиперактивности являются следующие.

1. Пренатальная патология – токсикозы, обострение хронических заболеваний у матери, инфекционные заболевания, травмы в области живота, иммунологическая несовместимость по резус-фактору, попытки прервать беременность, принятие алкоголя и курение.

2. Осложнения при родах – стимуляция родовой деятельности, неправильное положение плода, асфиксия, внутреннее кровоизлияние, преждевременные, скоротечные или затяжные роды.

3. Психосоциальные причины – неадекватный стиль воспитания в семье, психотравмы, нежеланный ребенок [3].

У части детей наблюдаются причины генетического, наследственного характера. У родителей и родственников гиперактивных детей довольно часто отмечается такое же нарушение. Так как СДВГ имеет сложную структуру, то его лечение должно носить комплексный характер и включать, по мнению ряда авторов, медикаментозную терапию и психотерапевтические методы.

Ю. С. Шевченко предлагает схему комплексной многоуровневой лечебно-коррекционной помощи детям и подросткам с СДВГ [15].

Первый уровень – метаболический – предполагает медикаментозные воздействия; выбор препаратов диктуется структурой поведенческого симптомокомплекса.

Второй уровень – нейропсихологический – включает нейропсихологическую диагностику и комплексную психомоторную коррекцию онтогенетических блоков мозговой организации деятельности ребенка.

Третий уровень – синдромальный – включает комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные элементы синдрома.

Четвертый уровень – поведенческий – предполагает разные формы бихевиоральной терапии в соответствии с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии. Цель – формирование и отработка желаемых моделей поведения.

Пятый уровень – личностный – подразумевает использование различных видов индивидуальной и групповой психотерапии, направленной на разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост, эффективное взаимодействие с взрослыми и сверстниками [15].

Для предупреждения появления выраженных коморбидных поведенческих нарушений у детей и подростков с СДВГ лечение необходимо начинать в дошкольном или младшем школьном возрасте.

Е. К. Лютова, Г. Б. Моница в психокоррекционной работе с гиперактивными детьми используют три основных направления:

1) развитие дефицитарных функций (внимания, контроля поведения, двигательного контроля);

2) отработка конкретных навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками;

3) при необходимости – работа с гневом [7].

Анализ современных подходов к организации психокоррекционного процесса с участием детей с СДВГ позволяет сделать

вывод о необходимости включения различных форм и методов.

И. П. Брызгунов предлагает пошаговую модель психологической поддержки гиперактивного ребенка, включающую следующие этапы [1].

1. Ежедневно родители ставят перед ребенком конкретную цель, которую он должен реализовать. Формулировка цели должна быть четкой и лаконичной.

2. Родителям необходимо заранее продумать поощрения, которыми будут стимулироваться усилия ребенка по достижению поставленной цели. Поощрения могут быть как моральными, так и материальными.

3. По окончании дня родители вместе с ребенком должны проанализировать его поведение, оценить степень достижения цели.

4. Систематически родители фиксируют изменения в поведении и личности ребенка, описывая их в конкретных проявлениях, и сообщают о его достижениях врачу или психологу.

5. В случае достижения ребенком значительных изменений он должен обязательно получить обещанное родителями вознаграждение.

Эта модель призвана помочь родителям и педагогам в систематизации жизни ребенка, ее рациональной организации, что будет способствовать позитивным изменениям в его личности и поведении [11].

Обобщенная система работы может включать следующие аспекты: физическая реабилитация, обучение навыкам саморегуляции, развитие коммуникативных навыков, коррекция негативных эмоций, развитие дефицитных функций в системе синдрома.

Таким образом, в настоящее время синдром дефицита внимания с гиперактивностью является распространенным явлением, при лечении и коррекции которого необходим комплексный психолого-медико-педагогический подход.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) встречается у достаточно большого числа детей и во всех социально-экономических группах, но несколько чаще – среди малообеспеченных слоев населения. Было также отмечено, что СДВГ чаще встречается в регионах с повышенной плотностью населения. В происхождении СДВГ играют роль генетические механизмы, органическое повреждение головного мозга и психосоциальные факторы, но возможно воздействие и нескольких взаимовлияющих факторов [6].

При этом неблагоприятные социально-экономические и психологические условия могут усиливать проявления расстройств, возникших в результате наследственной па-

тологии или повреждений головного мозга в перинатальном периоде.

Л. С. Чутко выделяет следующие психологические и социальные факторы, влияющие на возникновение СДВГ: неподготовленность родителей к семейной жизни, напряженность и частые конфликты в семье, предубежденность и нетерпимость в отношении к детям. Усиливающими неблагоприятный эффект являются такие факторы, как низкий материальный уровень, стесненные условия проживания, злоупотребление алкоголем членами семьи, использование физических методов воспитания [14].

Практические результаты

При обследовании детей с СДВГ действие негативных внутрисемейных факторов было обнаружено в 63 % случаев. Наиболее часто встречались воспитание в неполной семье, частые семейные конфликты, алкоголизм у родителей, различные подходы к воспитанию ребенка. У детей, генетически предрасположенных к СДВГ, конфликты в семье могут усилить остроту проявления нарушения до клинического уровня. Особенно важно, что родители ребенка с СДВГ, иногда сами страдающие этим заболеванием, зачастую отличаются несдержанностью, нарушающей взаимодействие с ребенком.

Семьи, имеющие детей с СДВГ, испытывают повышенную психологическую нагрузку. Такие особенности детей при этом заболевании, как импульсивность, затрудненная самоорганизация, сниженный самоконтроль, эмоциональная лабильность, речедвигательная расторможенность негативно сказываются на внутрисемейном микроклимате.

Не только нарушаются отношения между родителями и детьми, но и усугубляются конфликты между членами семьи, в супружеских парах нередко возникает риск развода; декомпенсируется нервно-психическое состояние матерей, несущих основную нагрузку по воспитанию ребенка. Характерными особенностями семей, имеющих детей с СДВГ, являются недостаточная экспрессивность (низкая степень открытости и выражения чувств), конфликтность, снижение поощрения к независимости. В исследуемой группе преобладает ригидный и хаотичный уровень семейной адаптации, а также разобщенный и сцепленный уровень семейной сплоченности. Нарушение процесса воспитания в семье выражается в игнорировании потребностей ребенка, чрезмерности требований и запретов, санкций за нарушения, в жестокости обращения и эмоциональном отвержении.

Родителям детей с СДВГ свойственны импульсивность, инертность, тревожная мнительность, деструктивность в супружеских отношениях.

Матери детей с СДВГ ощущают неудовлетворенность ролью хозяйки дома, предъявляют жалобы на безучастность мужа, его невключенность в дела семьи, материнские обязанности воспринимают как самопожертвование и излишне сконцентрированы на ребенке.

Рассел А. Баркли утверждает, что можно выделить несколько аспектов, свидетельствующих о нарушениях внутрисемейных коммуникаций, типичных для семей, имеющих детей с СДВГ [12].

1. Взаимоотношения детей, страдающих СДВГ, с другими детьми в семье. Несмотря на наличие психологической незрелости, свойственной детям с СДВГ, они пытаются руководить, лидировать, требовать подчинения от братьев и сестер. Как правило, не требовательные к себе, гиперактивные дети настаивают на следовании их плану игровых действий, часто не умея довести задуманное до конца. Братьев и сестер детей с СДВГ тяготит обязанность контроля за поведением, выполнением домашних заданий, сопровождением последних. В общественных местах братья и сестры детей с СДВГ стыдятся негативного внимания окружающих, адресованного гиперактивному брату или сестре.

2. Трудности в отношениях гиперактивного ребенка с родителями. Такой ребенок изначально не соответствует ожиданиям родителей, им сложно принять его таким, каков он есть. Традиционно родители ждут от детей послушания, следования семейным правилам. Изначально симптоматика СДВГ, предъявляемая ребенком, воспринимается родителями как плохой характер, лень, упрямство, с которыми надо бороться. В такой ситуации родители ужесточают требования к ребенку, усиливают запреты и наказания, что ведет к усугублению детско-родительских взаимоотношений.

3. Влияние наличия у ребенка СДВГ на супружеские отношения родителей. Родители, имеющие ребенка с СДВГ, испытывают трудности в сохранении гармоничных супружеских отношений. Поиск причин плохого поведения ребенка часто приводит к взаимным упрекам, невозможность выйти из ситуации и посмотреть на нее со стороны является причиной психического истощения, повышения тревоги, появления чувства безысходности. Не умея правильно организовать процесс воспитания, адекватно распределить учебные и домашние нагрузки, выработать социальные требования к ребенку, родители, как правило, либо при-

бегают к ужесточению давления на ребенка, либо устраниваются от активного участия в его жизни, уходя в болезнь, в работу, находя другого брачного партнера, разрывая супружеские отношения.

4. Психологические проблемы матери, воспитывающей ребенка с синдромом дефицита внимания. Наибольшая нагрузка по уходу за ребенком, организации его жизни ложится на мать. В обязанности матери входит не только сопровождение ребенка, но и коррекция взаимоотношений других членов семьи с гиперактивным ребенком, принятие негативного отношения педагогов к ребенку в связи с его поведением и проблемами в обучении. Она испытывает постоянный стресс, становясь мишенью для упреков окружающих, осуждающих неадекватность такого ребенка в социуме. В подобной ситуации женщины испытывают постоянное чувство вины в связи с собственной несостоятельностью как матери [13].

Таким образом, с одной стороны, социально-психологические (в первую очередь семейные) факторы выступают в качестве одного из звеньев патогенеза, а с другой стороны, клинические проявления СДВГ приводят к развитию проблем в семье. Общепринятым является положение, согласно которому лечение поведенческих нарушений должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы.

Цель психотерапии детей и подростков с синдромом дефицита внимания – оказание им помощи в адаптации к существующим условиям жизни с учетом симптоматики данного заболевания. Одной из важнейших задач является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия специалиста, осуществляющего поддержку ребенка с синдромом дефицита внимания, должны быть направлены на выявление сильных сторон ребенка (умений, навыков, черт личности), что помогает ему ощутить себя успешным, повышает самооценку и мотивацию к достижениям и в других областях деятельности [13].

Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку в семье. Психологические особенности гиперактивных детей таковы, что порог чувствительности к отрицательным стимулам очень низок, поэтому такие дети не восприимчивы к выговорам и наказанию, но легко отвечают на малейшую похвалу.

Другой крайностью по отношению к таким детям является вседозволенность,

поэтому родители должны объяснять ребенку правила поведения. Ч. Венар рекомендует формулировать инструкции и указания для детей с СДВГ четко, ясно, кратко и наглядно. По его мнению, предварительное планирование и структурирование по времени помогают пациентам с СДВГ приспособляться к меняющимся процессам и ситуациям.

Для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Согласно принципам оперантного обусловливания поведение контролируется его результатом и последствиями, модификация поведения осуществляется за счет влияния на них. Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Мы рекомендуем говорить не столько о наказании, сколько об отсутствии поощрения, то есть применять не кнут и пряник, а пряник и отсутствие пряника. Родители должны сформировать систему поощрений. В качестве пряника могут выступать походы в кафе, компьютерные игры, просмотр телепередач, карманные деньги [9].

Выделим условия успешного проведения поведенческой терапии:

- 1) анализ факторов, влияющих на отклоняющееся поведение ребенка;
- 2) формулировка четкой поведенческой мишени;
- 3) подбор действенных стимулов, которые могут стать непосредственной наградой за желательное поведение или наказанием за нежелательное.

Таким образом, можно сделать следующие выводы. Важным звеном в психокоррекции детей с синдромом дефицита внимания является изменение поведения взрос-

лых (родителей и учителей). Например, тренинг родительской компетентности. Задачами такого тренинга являются преодоление непослушания и устранение вызывающего поведения ребенка, адаптация к эмоциональным трудностям, вызванным воспитанием ребенка с СДВГ, контроль над ситуацией, защита других членов семьи от воздействия неблагоприятных факторов [8].

Очевидно, что семьи, имеющие детей с синдромом дефицита внимания, нуждаются не только в медицинской помощи, адресованной больному ребенку, но и в психологической коррекции. Семейная терапия должна быть направлена на коррекцию межличностных отношений и устранение эмоциональных расстройств в семье, способствовать сохранению сложившихся связей, развивать их и переводить на более высокий уровень функционирования. Для достижения данных целей возможно использование системного подхода в семейной психотерапии. Можно выделить ряд ее этапов: семейный диагноз (диагностический этап), ликвидация семейного конфликта, реконструктивный этап, поддерживающий этап. Достижение редукции клинической симптоматики без адекватной по интенсивности и продолжительности фармакотерапии затруднено. В настоящее время в России существует только один препарат, специально предназначенный для лечения СДВГ, обладающий патогенетически направленным терапевтическим действием при этом заболевании, – атомоксетин (страттера).

Итак, дети с синдромом дефицита внимания имеют ряд проблем в обучении и взаимодействии с окружающими. Такие дети невнимательны, импульсивны и чаще всего гиперактивны. Если с ребенком не проводить своевременную диагностику и коррекцию, то он продолжает страдать и в зрелом возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. – М.: Институт Психотерапии, 2009. – 196 с.
2. Брызгунов И. П., Касатикова Е. В. Психологический статус детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Семейная психология и семейная психотерапия. – 2011. – № 4.
3. Гарольд Б. Квадратные колешки к круглым отверстиям. Дети с нарушением обучаемости в школе и дома. – СПб.: Речь, 2006. – 123 с.
4. Заваденко Н. Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания // Лечебная педагогика и психология. Приложение к журналу «Дефектология». – 2010. – № 5. – С. 10–25.
5. Кошелева А. Д., Перегуда В. И. Гиперактивные дети. – Пермь, 2005.
6. Мазина А. К. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в ситуации смысловых инициаций. – Ростов н/Д., 2015.
7. Моница Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психологопедагогическая помощь: монография. – СПб.: Речь, 2007. – 186 с.
8. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. – М.: Прайм-Еврознак, 2010. – 560 с.
9. Набойченко Е. С. Синдром дефицита внимания и гиперактивности в общей систематике нарушений психического развития у детей // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 10. – С. 85–92.
10. Потанина А. Ю. Нейропсихологические и социальные факторы трудностей обучения в начальной школе и их коррекция: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 2012.

11. Прихожан А. М. Под гнетом школьных требований // Школьный психолог. – 2009. – № 12. – С. 15-18.
12. Рассел А., Бентон К. Ваш непослушный ребенок. – СПб. : Питер, 2010. – 380 с.
13. Степанов С. С. Большие проблемы маленького ребенка: советы психолога – родителям. – М. : Политиздат, 2008. – 156 с.
14. Чутко Л. С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. – СПб. : Хока, 2007. – 386 с.
15. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. – СПб. : Речь, 2007. – 158 с.

REFERENCES

1. Bryazgunov I. P., Kasatikova E. V. Neposedlivyy rebenok, ili vse o giperaktivnykh detyakh. – М. : Institut Psikhoterapii, 2009. – 196 s.
2. Bryazgunov I. P., Kasatikova E. V. Psikhologicheskiy status detey s sindromom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu // Semeynaya psikhologiya i semeynaya psikhoterapiya. – 2011. – № 4.
3. Garol'd B. Kvadratnye kolyski k kruglym otverstiyam. Deti s narusheniem obuchaemosti v shkole i doma. – SPb. : Rech', 2006. – 123 s.
4. Zavadenko N. N. Kak ponyat' rebenka: deti s giperaktivnost'yu i defitsitom vnimaniya // Lechebnaya pedagogika i psikhologiya. Prilozhenie k zhurnalu «Defektologiya». – 2010. – № 5. – С. 10–25.
5. Kosheleva A. D., Pereguda V. I. Giperaktivnye deti. – Perm', 2005.
6. Mazina A. K. Osobennosti razvitiya poznavatel'noy i emotsional'noy sfery detey s sindromom defitsita vnimaniya i giperaktivnost'yu v situatsii smyslovykh initsiatsiy. – Rostov n/D., 2015.
7. Monina G. B., Lyutova-Roberts E. K., Chutko L. S. Giperaktivnye deti: psikhologopedagogicheskaya pomoshch' : monografiya. – SPb. : Rech', 2007. – 186 s.
8. Mesh E., Vol'f D. Detskaya patopsikhologiya. – М. : Praym-Evroznak, 2010. – 560 s.
9. Naboychenko E. S. Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti v obshchey sistematike narusheniy psikhicheskogo razvitiya u detey // Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii. – 2016. – № 10. – С. 85-92.
10. Potanina A. Yu. Neyropsikhologicheskie i sotsial'nye faktory trudnostey obucheniya v nachal'noy shkole i ikh korrektsiya : avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk. – М., 2012.
11. Prikhozhan A. M. Pod gnetom shkol'nykh trebovaniy // Shkol'nyy psikholog. – 2009. – № 12. – С. 15-18.
12. Rassel A., Benton K. Vash neposlushnyy rebenok. – SPb. : Piter, 2010. – 380 s.
13. Stepanov S. S. Bol'shie problemy malen'kogo rebenka: sovety psikhologa – roditelyam. – М. : Politizdat, 2008. – 156 s.
14. Chutko L. S. Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu i soputstvuyushchie rasstroystva. – SPb. : Khoka, 2007. – 386 s.
15. Shevchenko Yu. S. Korrektsiya povedeniya detey s giperaktivnost'yu i psikhopatopodobnym sindromom. – SPb. : Rech', 2007. – 158 s.