

Абшилава Э.Ф., Набойченко Е.С.

Эффективность организации медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности

ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Екатеринбург

Abshilava E.F., Naboychenko E.S.

The effectiveness of the organization of medical-psychological support of children with attention deficit disorder and hyperactivity

Резюме

Сегодня, в современном социуме, вопросы, связанные с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), приобретают все большую значимость в медицине, педагогике, психологии, а также является распространенным заболеванием с высокой степенью социальной дезадаптации. В связи с этим, возникает необходимость в организации медико-психологического сопровождения детей с СДВГ. Цель – оценить эффективность организации медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Материалы и методы. Разработана авторская технология медико-психологического сопровождения детей с СДВГ и гиперактивностью, предполагающая реализацию двух назначений в течение четырех месяцев: медикаментозное лечение и собственно психологическое сопровождение. Данная технология применялась на базе многопрофильного клинического медицинского центра «БОНУМ». В исследовании участвовали 261 респондента – учащиеся 2,3 классов, из них 136 девочек и 125 мальчиков в возрасте от 7,5 до 9 лет. На контрольном этапе выявлялась динамика и изменения в проявлениях СДВГ в трех экспериментальных группах: № 1 – с группой, в которой осуществлялось медикаментозное сопровождение; № 2 – психологическое сопровождение детей и родителей; № 3 – комплексное медико-психологическое сопровождение. Данная технология состоит из двух программ: № 1 – работа с детьми: коррекция и развитие всех трех функциональных блока мозга; № 2 – работа с родителями, направленная на развитие их компетентной грамотности в области взаимодействия с гиперактивным ребенком. Результаты. В ЭГ № 3 произошли существенные и значимые сдвиги в мотивации учения, в частности такой мотив как «учебный» после реализации технологии повысился ($T_{\text{эмп.}} = 144$, что меньше $T_{\text{кр.}} = 147$ при уровне значимости $p < 0,05$ и 118 при уровне значимости $p < 0,01$ и сдвиг положительный и составляет 2,50). Вывод. Выявлена положительная динамика и произошли изменения в проявлениях гиперактивности и реализовавшаяся технология медико-психологического сопровождения является эффективной.

Ключевые слова: дети младшего школьного возраста, синдром дефицита внимания, гиперактивность, технология, медико-психологическое сопровождение

Summary

Today, in modern society, issues related to attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are becoming increasingly important in medicine, pedagogy, psychology, and is also a common disease with a high degree of social maladjustment. In this regard, there is a need to organize medical and psychological support for children with ADHD. The purpose. The goal is to evaluate the effectiveness of the organization of medical and psychological support for children with attention deficit hyperactivity disorder. Materials and methods. The author developed a technology of medical and psychological support for children with ADHD and hyperactivity, which involves the implementation of two appointments for four months: medication and psychological support. This technology was applied on the basis of the multi-profile clinical medical center "BONUM". The study involved 261 respondents - students of 2.3 classes, of which 136 girls and 125 boys aged 7.5 to 9 years. At the control stage, the dynamics and changes in the manifestations of ADHD in three experimental groups were identified: No. 1 - with the group in which the drug was followed; No. 2 - psychological support for children and parents; No. 3 - comprehensive medical and psychological support. This technology consists of two programs: No. 1 - work with children: correction and development of all three functional blocks of the brain; No. 2 - work with parents, aimed at developing their competent literacy in the field of interaction with a hyperactive

child. Results. In EG No. 3, significant and significant changes occurred in the motivation of the teaching, in particular, such a motive as "training" increased after the implementation of the technology (T emp. = 144, which is less than T cr. = 147 at a significance level of $p < 0.05$ and 118 The significance level is $p < 0.01$ and the shift is positive and amounts to 2.50). Conclusion. Positive dynamics was revealed and there were changes in the manifestations of hyperactivity and the implemented technology of medical and psychological support is effective.

Keywords: children of primary school age, attention deficit disorder, hyperactivity, technology, medical and psychological support.

Введение

Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей является актуальной проблемой в современном обществе. Данный синдром можно рассматривать при описании поведенческих особенностей как форму отклонений. Центральным для постановки заключения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) считается расстройство внимания. Среди сопутствующих проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью часто называется неспособность к обучению, тревожность, делинквентное поведение [1].

По данным зарубежных и отечественных исследований, частота встречаемости СДВГ у детей 6-10 лет составляет 4,0–9,5% (Rutter M., Gillberg C, Гилберг К., Заваденко Н.Н.), а по данным некоторых авторов, она достигает 20-28% (Белуосова Е.Д., Брязгунов И.П., Григорьева Е.В., Касатикова Е.В., Малахова А.В.) [2].

В работе Д. Добсона гиперактивное поведение и проявление повышенной активности рассматривается как болезнь или недуг. У таких детей также могут быть проблемы визуального восприятия, а так же проблемы в эмоциональной сфере [3]. По мнению В. Оклендер у гиперактивных детей страдает координация или присутствует недостаточный мышечный контроль. Это проявляется в трудности концентрировать свое внимание, в легкости отвлекаемости [4; 5].

Мазина А.К., Цыганкова Н. И. среди личностных особенностей детей с СДВГ выделяют незрелость и неустойчивость учебной мотивации, выраженную внутреннюю напряженность, раздражительность, фрустрированность, низкие темпы эмоционального развития детей. Дезадаптирующие особенности поведения таких детей свидетельствуют о недостаточно сформированных регулятивных механизмах психики, и, прежде всего, самоконтроля как важнейшего условия и необходимого звена в генезисе произвольных форм поведения, а также импульсивности [6, 7]. Импульсивность выражается в том, что ребенок часто действует необдуманно, перебивает других. Такие дети не умеют регулировать свои действия и подчиняться правилам, эмоционально лабильные [8].

В научных трудах В.В. Викторова отмечается, что личностная и ситуативная тревожность является сопутствующим фактором у младших школьников с СДВГ, при этом основная роль принадлежит ситуативной тревожности [9].

Однако, исследования, проведенные И.П. Брязгуновым, Е.В. Касатиковой показали, что две трети детей, характеризующихся как гиперактивные – это дети из семей высокого социального риска. К ним можно отнести семьи с неблагоприятным экономическим положением;

семьи с неблагоприятной демографической ситуацией; семьи с высоким уровнем психологической напряженности; семьи, ведущие асоциальный образ жизни [10]. Основной причиной возникновения у детей в семьях высокого социального риска СДВГ является то, что детям практически не уделяют внимания. Педагогическая запущенность способствует отставанию ребенка в психическом развитии. В подростковом возрасте они часто попадают в асоциальные компании [11].

Теоретический анализ научной психолого-педагогической литературы показал о необходимости своевременного оказания медико-психологического сопровождения для детей с СДВГ. Оно может помочь предотвратить у детей с СДВГ академическую неуспеваемость и отстранение от общества [12].

Психологическое сопровождение развития ребенка трактуют как процесс социализации в образовании (Д.Н. Харламов, А.А. Налчяджан); как особую психологическую процесса индивидуализации (И.В. Дубровина, А.А. Андреева); как важный источник повышения самооценки (Г. Олпорт); как одну из основных потребностей саморазвития (Г. Меррей) [13].

Согласно теории А.Г. Асмолова, психологическое сопровождение рассматривается как содействие в развитии. Содействие предстает как исходный момент развития ребенка [14]. Психологическое сопровождение становится востребованным не только в кризисных, травмирующих ситуациях, но и в наиболее ответственные периоды развития человека [15].

Цель.

Оценить эффективность организации медико-психологического сопровождения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Материалы и методы

Нами была разработана технология медико-психологического сопровождения детей с СДВГ и гиперактивностью, предполагающая реализацию двух назначений в течение четырех месяцев: медикаментозное лечение и собственно психологическое сопровождение, которые реализовались параллельно. Данная технология применялась на базе многопрофильного клинического медицинского центра «БОНУМ». В исследовании участвовали 261 респондента – учащиеся 2,3 классов, из них 136 девочек и 125 мальчиков в возрасте от 7,5 до 9 лет.

Первый этап исследования состоял из медицинской диагностики, включающая оценку поведения ребенка исходя из общепринятых диагностических критериев. Для дифференциальной диагностики врач назначает ЭЭГ. Второй этап – диагностика с помощью психологических

опросников. Цель данного этапа заключается не только в выявлении самого расстройства, но и в оценке ситуации в семье, школе, успеваемости ребенка, его поведения, отношений со сверстниками и др. Применялись такие методики как «Электроэнцефалография» (ЭЭГ), «Методика выявления уровня СДВГ и гиперактивности», Методика «Тест Тулуз-Пьерона» под редакцией Л.А.Ясюковой, «Шкала оценки симптомов поведенческих расстройств у детей с СДВГ NICHQ Vanderbilt», Методика «Прогрессивные матрицы Дж.Равена», Методика «Гештальт – тест Бендер» под редакцией Л.А. Ясюковой, Методика исследования мотивации учения М.Р. Гинзбург, под редакцией И.Ю. Пахомовой и Р.В.Овчаровой.

Согласно нашей технологии, нейропсихологическое сопровождение детей основывалась на трехуровневой системе, разработанной в соответствии с учением А.Р. Лурия о функциональных блоках мозга (ФБМ). 1-й ФБМ – блок регуляции тонуса и бодрствования, 2-й ФБМ – блок приема, переработки и хранения информации, 3-й ФБМ – блок программирования, регуляции и контроля. Разработанная нами технология «Волшебные движения», была адаптирована к условиям клиники «Бонум» и предполагала взаимодействие всех субъектов. Данная технология состоит из двух программ: № 1 – работа с детьми: коррекция и развитие всех трех функциональных блока мозга; № 2 – работа с родителями, направленная на развитие их компетентной грамотности в области взаимодействия с гиперактивным ребенком.

Что касается медикаментозного лечения детей, то приоритет отдавался ноотропам, либо их сочетание с седативными средствами. Медикаментозное лечение способствовало повышению концентрации внимания, снижению импульсивности и гиперактивности, повышению работоспособности, улучшению контролирования эмоций, улучшению координации моторики, повышение самооценки.

Оценка эффективности технологии медико-психологического сопровождения индивидуального здоровьесопроводяющего маршрута детей младшего школьного возраста с СДВГ в условиях реабилитационного центра осуществлялась в апреле – мае 2016 года.

На контрольном этапе проводилось повторное исследование по методикам и методам, применяемых на констатирующем этапе исследования.

На контрольном этапе выявлялась динамика и изменения в проявлениях СДВГ в трех группах: ЭГ № 1 – с группой, в которой осуществлялось медикаментозное сопровождение; ЭГ № 2 – психологическое сопровождение детей и родителей; ЭГ № 3 – комплексное медико-психологическое сопровождение.

Результаты и обсуждение

Первоначально были проанализированы результаты ЭЭГ, взятые из истории болезни пациентов с целью выявления динамики работы головного мозга. Так, у 28 детей ЭГ № 3 – 90% наблюдается значительно дезорганизованная альфа-активность в виде групп волн средней амплитуды (до 42 мкВ), среднего индекса (до 43 %), нерегуляр-

ная (с разбросом частот 8.0-10.1 Гц), не локализованная (F4 C3 F3 Fp2 Fp1 T3 F8 F7). У детей ЭГ № 1, получавших медикаментозное лечение так же зафиксированы улучшения по результатам ЭЭГ: так у 21 ребенка (68%) наблюдается значительно дезорганизованная альфа-активность в виде групп волн средней амплитуды (до 56 мкВ), среднего индекса (до 49 %), нерегулярная (с разбросом частот 8.0-10.1 Гц), не локализованная. Опишем более подробно результаты ЭЭГ: модуляции по амплитуде беспорядочные. Бета-активность в виде групп волн среднего индекса (до 50%), средней амплитуды (до 20 мкВ), низкой частоты, наиболее выраженная в передних областях мозга. Доминирует дельта-активность в виде ритма частотой 1.3 Гц, средней амплитуды (до 45 мкВ), не локализованная. Фотостимуляция 3,5,10,15,3-27 Гц – значимых изменений не зарегистрировано. Реакция усвоения ритма ФС на 3,5 и 10 Гц. Возможно наличие пароксизмальной активности (скачок мощности ЭЭГ сигнала в 7 раз). Альфа активность: снизилась до незначимой. Тета активность: резкое (в 23 раз) увеличение мощности; амплитуда ритма увеличилась с 37мкВ до 167мкВ; индекс увеличился на 37%. Тета активность: амплитуда ритма увеличилась с 37мкВ до 79мкВ; индекс увеличился на 14%. Дельта активность: произошел переход области выраженности с левого полушария к правой переднелобной области (Fp2). Альфа активность: амплитуда ритма увеличилась с 42мкВ до 117мкВ. Тета активность: амплитуда ритма увеличилась с 37мкВ до 71мкВ; индекс увеличился на 20%. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. У 10 % детей ЭГ № 3 (3 чел.) и у 10 детей ЭГ № 1 – 32% показатели ЭЭГ остались на достаточно высоких значениях, превышающие значения нормы. Данный факт говорит нам, о том, что терапия не осуществлялась родителями комплексно. В ЭГ № 2 результаты ЭЭГ остались практически на прежнем высоком уровне. Оценка эффективности терапии СДВГ психостимуляторами и атомоксетинном: улучшение наступило в 10%, нормализация – в 80% случаев в ЭГ № 1, 3. Полученные результаты были проверены на нормальность распределения с помощью программы Statistica 6.1. После была определена достоверность различий до и после программы развития с использованием метода «Т-критерия Вилкоксона» с помощью программы Statistica 6.1. Нами была выявлена достоверность различий до и после реализации технологии по нивелированию проявлений СДВГ и гиперактивности (Т кр. = 147 при уровне значимости $p < 0,05$; Т кр. = 118 при уровне значимости $p < 0,01$; Т кр. = 163 при уровне значимости $p < 0,10$; Т кр. = 130 при уровне значимости $p < 0,02$).

Далее перейдем к анализу результатов, полученных с помощью диагностических методик. В ЭГ № 1 дети относят себя к категории «гиперактивный ребенок» после медикаментозного сопровождения в 32 % (10 чел.), у 2 детей проявления гиперактивности отсутствуют. У детей ЭГ № 2, которые психологически сопровождалась показатели на много ниже, чем в ЭГ № 1,3, а именно к гиперактивным по - прежнему себя отнесли 22 ребенка (71 %). Результаты проведения методики по выявле-

нию уровня СДВГ и гиперактивности у детей младшего школьного возраста экспериментальной группы № 3 показали, что 3 детей (10%) оценивают себя по - прежнему гиперактивными, 15 детей (48%) оценивают проявления гиперактивности на среднем уровне и 13 младших школьников – 42% не относят себя к категории гиперактивного ребенка (табл. 1).

В ЭГ № 3 15 детей оценили гиперактивность на среднем уровне. Для детей со средним уровнем гиперактивности характерны оптимальный уровень импульсивности, тревожности. Концентрация внимания к концу учебного дня становится слабее, трудно удерживают большое количество объектов во внимании. По их мнению, иногда все-таки допускают ошибки, но на мотивацию обучения данный факт не влияет. В повседневной жизни умеренно активны, организованы и разговорчивы, стараются не вмешиваться в разговор взрослых и сверстников, вопросы задают по существу. Способны выполнять инструкции и действовать по правилам. 13 детей (42%) оценили уровень гиперактивности как низкий, который проявляется отсутствием таких проявлений или их незначительными проявлениями как импульсивность, дефицит внимания и гиперактивность. Дети с низким уровнем гиперактивности способны концентрироваться на деталях, легко переключаются с одной деятельности на другую, с удовольствием ходят в школу, демонстрируют позитивное отношение к заданиям и обучению в целом, усидчивы.

В экспериментальной группе № 1,2 существенных изменений по уровню гиперактивности не зафиксировано, что подтверждено методом математической статистики, в частности критерием Т- Вилкоксона (Т эмп. = 152 и 161,5, что больше Т кр. =147 при уровне значимости $p < 0,05$).

Таким образом, можно констатировать, что выявленная положительная динамика и произошли изменения в проявлениях гиперактивности и реализовавшаяся технология медико-психологического сопровождения является эффективной для ЭГ № 3.

Шкала оценки симптомов гиперактивности детей с СДВГ NICHQ Vanderbilt использовалась для оценки родителями своих детей на контрольном этапе исследования. Результаты представлены в таблице 2.

Матери детей ЭГ № 1, получивших медикаментозное лечение считают, что произошли изменения по следующим параметрам: «дефицит внимания, гиперактивность и импульсивность», которые после воздействия немного снизились, о чем свидетельствуют значения представленные в таблице 2. Родители считают, что их дети стали менее импульсивными, гиперактивными и внимание более концентрированным. Медикаментозное лечение сняло симптоматику, но причины гиперактивности у детей в полной мере не были исключены.

У детей ЭГ № 2, участвовавших в психологическом сопровождении, родители отмечают следующие изменения и динамику: снизилась импульсивность, агрессия, тревожность, реакций протеста стало значительно меньше, а социальная адаптация повысилась. По таким показателям как гиперактивность и дефицит внимания изменения не зафиксированы и по-прежнему, детей можно

считать гиперактивными. Так как дети не получали медикаментозное лечение в совокупности с психологическим сопровождением, то динамика наблюдается в тех параметрах, которые поддаются нивелированию и являются не стойкими.

В целом 4 матери считают, что у их детей ЭГ № 3 по - прежнему сохранились все проявления синдрома гиперактивности, но 27 матерей выделяют положительную динамику в нивелировании проявлений СДВГ, в частности, их дети стали менее импульсивными и гиперактивными, эмоциональные реакции не такими бурными, дети стали меньше конфликтовать как с родителями, так и со сверстниками. По данным опроса матерей отмечена положительная динамика в общем самочувствии, улучшении сна, снизился уровень утомляемости.

Нами была выявлена достоверность различий до и после программы по нивелированию проявлений СДВГ и гиперактивности (Т эмп. = 129 при уровне значимости $p < 0,05$), импульсивности (Т эмп. = 122 при уровне значимости $p < 0,05$), реакции протеста (Т эмп. = 130 при уровне значимости $p < 0,05$), агрессивные реакции (Т эмп. = 122 при уровне значимости $p < 0,05$), тревожно-депрессивная симптоматика (Т эмп. = 138 при уровне значимости $p < 0,05$) и социальная адаптация (Т эмп. = 130 при уровне значимости $p < 0,05$).

Таким образом, у детей ЭГ № 3 наблюдается положительная динамика по всем параметрам после реализации технологии комплексной медико-психологического сопровождения и позволяет говорить об эффективности проведенной работы.

Далее перейдем к анализу результатов по методике Тулуз- Пьерона. После прохождения программы психологического развития у детей младшего школьного возраста ЭГ № 3 изменился уровень развития точности и скорости переработки информации. Увеличилось количество детей имеющих уровень развития скорости и точности переработки информации в пределах нормы (до – 19%, после – 71%). Уровень близкий к норме до и после прохождения программы психологического сопровождения не изменился (до – 30%, после – 3%). Снизилось количество детей имеющих медлительный уровень развития скорости и точности переработки информации после программы психологического сопровождения (до – 13%, после – 3%). Также уменьшилось количество детей, имеющих уровень ММД – уровень минимальной мозговой дисфункции (до – 65%, после – 23%).

Таким образом, результаты вторичной диагностики выше первичной, уровень развития точности и скорости переработки информации выше у детей ЭГ № 3 после прохождения комплексной медико-психологической технологии сопровождения, чем до нее, что говорит об эффективности нашей программы.

Так были выявлена достоверность существенных различий до и после программы развития по шкалам: точность переработки информации (Т эмп. = 125 при уровне значимости $p < 0,01$) и скорость переработки информации (Т эмп. = 120,5 при уровне значимости $p < 0,01$). В экспериментальных группах № 1,2 результаты практически остались на прежнем уровне (Т эмп. = 167, что больше Т

Таблица 1. Процентное соотношение проявлений гиперактивности у детей до и после реализации технологии

Уровни гиперактивности	высокий		средний		низкий	
	До	После	До	После	До	После
ЭГ № 1	31 чел. - 100%	10 чел. - 32%	-	19 чел. - 61%	-	2 чел. - 6%
ЭГ № 2	31 чел. - 100%	22 чел. - 71%	-	9 чел. - 29%	-	-
ЭГ № 3	31 чел. - 100%	3 чел. - 10%	-	15 чел. - 48%	-	13 чел. - 42%

Таблица 2. Значения критерия Т-Вилкоксона оценки родителями симптомов гиперактивности у детей до и после реализации технологии

Шкалы	ЭГ №1		ЭГ № 2		ЭГ № 3	
	Т-критерий	р-уровень	Т-критерий	р-уровень	Т-критерий	р-уровень
1. Дефицит внимания	144*	0,05000	148	0,05012	121*	0,05322
2. Гиперактивность	137*	0,05222	150	0,05223	129*	0,05231
3. Импульсивность	140*	0,053338	133*	0,05221	122*	0,05223
4. Реакция протеста	153	0,05002	120*	0,05023	130*	0,052334
5. Агрессивные реакции	160,5	0,0500	119*	0,05004	122*	0,052337
6. Тревожно-депрессивная симптоматика	157	0,05005	119*	0,05001	138*	0,05322
7. Социальная адаптация	156,3	0,05001	138*	0,052335	130*	0,052335

*Примечание: жирным курсивом выделены значимые различия и положительные сдвиги

кр. = 147 при уровне значимости $p < 0,05$ и 118 при уровне значимости $p < 0,01$).

Уровень патологии после программы не выявлен ни у кого из детей ЭГ №3 (до – 43%, после – 0%). Также у испытуемых не выявлен слабый уровень развития линейного визуального мышления (до – 16%, после – 0%). Увеличилось количество детей имеющих средний уровень развития (до – 19%, после – 42%). Также увеличился хороший уровень развития линейного визуального мышления (до – 19%, после – 45%). Высокий уровень увеличился после программы психологического развития (до – 3%, после – 13%). Нами была выявлена достоверность различий до и после программы развития по развитию линейного визуального мышления (Тэмп. = 134 при уровне значимости $p < 0,01$). В экспериментальных группах № 1, 2 результаты практически остались на прежнем уровне (Тэмп. = 111, что меньше Т кр. = 147 при уровне значимости $p < 0,05$ и 118 при уровне значимости $p < 0,01$).

Снизилось количество детей имеющих хороший уровень (до – 39%, после – 32%). Это может быть связано с тем, что увеличилось число детей имеющих высокий уровень развития визуального структурного мышления (до – 3%, после 35%). Нами была выявлена достоверность различий до и после программы развития по развитию структурного визуального мышления (Тэмп. = 128 при уровне значимости $p < 0,01$).

После вторичной диагностики можно сделать вывод о том, что программа развития повлияла на возникновение качественных изменений в познавательной сфере, а именно изменение зрительно-моторной координации, памяти, мышления, свойств внимания и произвольности процессов.

В ЭГ № 3 произошли существенные и значимые сдвиги в мотивации учения, в частности такой мотив как «учебный» после реализации технологии повысился (Тэмп. = 144, что меньше Т кр. = 147 при уровне значимости $p < 0,05$ и 118 при уровне значимости $p < 0,01$ и сдвиг положительный и составляет 2,50).

Заключение

Обобщая вышесказанные результаты, можно констатировать, что разработанная и реализованная комплексная медико-психологическая технология в ЭГ № 3 способствовала нивелированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста. Проблема распространенности синдрома дефицита внимания с гиперактивностью актуальна не только потому, что является одной из современных характеристик состояния здоровья детского организма. Необходимость изучения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) обусловлена тем, что данный синдром – одна из наиболее частых причин обращения за психологической помощью в детском возрасте. ■

Абишлага Екатерина Феликсовна ГМУЗ СО МКМЦ «Бонум», врач ультразвуковой диагностики, аспирант, Екатеринбург, Набойченко Евгения Сергеевна Уральский государственный медицинский университет, д.псх.н., профессор, зав кафедрой клинической психологии и педагогики, декан факультета психосоциальной работы и высшего сестринского образования, Екатеринбург, Автор, ответственный за переписку – Абишлага Екатерина Феликсовна, 620149 Екатеринбург, ул. Хохрякова 73 eka_k_f@mail.ru

Литература:

1. Котырло В.К. Психологические основы формирования личности в педагогическом процессе. М. : Просвещение, 2011. 267 с.
2. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей / Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. СПб. : 1993. № 3. С. 74-90.
3. Ахутина Т.В. Нейропсихологический подход к профилактике трудностей обучения. Методы развития навыков программирования и контроля / Школа здоровья. 1995. Т.2. №4.
4. Батурич Н. А. Современная психодиагностика России / Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология», 2008.
5. Белоусова Т.В., Рязина Л.А. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных (Методические рекомендации). СПб. : «ОО-ОНатисПринт», 2010.
6. Мазина А.К. Особенности развития познавательной и эмоциональной сферы детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью в ситуации смысловых инициаций. Ростов-на-Дону, 2015.
7. Цыганкова Н.И. Личность и межличностные отношения младших школьников с минимальной мозговой дисфункцией и синдромом дефицита внимания и гиперактивности: автореф... канд.псих.наук. СПб., 2012. 26 с.
8. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968; СПб. : Питер, 2008.
9. Абрамова Г.С. Возрастная психология. М. : «Академия», 2009.
10. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста: учебное пособие. СПб. : Питер, 2008.
11. Баулина М.Е. Материалы по диагностике и коррекции трудностей обучения младших школьников. М.: АРКТИ, 2009. 80 с.
12. Агрис А.Р. Нейропсихологические и нейрофизиологические исследования вариантов / Современная зарубежная психология. 2012.
13. Шевченко С.С. Помощь гиперактивным детям / Журнал «Здоровье детей». 2010. № 2. С. 12 - 15.
14. Ахутина Т.В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. СПб. : Питер, 2008.
15. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М. : Педагогика, 2011.