

Практика

Обучение детей с СДВГ в школе

И.Н. Серёгина

В какой школе учиться

Единого мнения по этому поводу у специалистов нет. Одни считают, что детям с СДВГ трудно учиться и контактировать со сверстниками в обычной школе. Другие, обосновывают обучение в обычной школе сохранным интеллектом у детей, а вторичные проблемы (неуправляемое поведение, агрессивность и т.д.), по их мнению, возникают в результате упущения своевременной диагностики СДВГ. Например, некоторые формы синдрома имеют менее выраженную гиперактивность. В основном страдает внимание.

Когда ребёнок приходит в первый класс, уже в течение полугода учитель видит наличие у него проблем в обучении и поведении, проявляющихся в той или иной степени. Педагог должен обратить внимание, даже на небольшие трудности в обучении ребёнка, с целью выяснить причину. Возможно, ученик ленится или педагогически запущен, неблагоприятная обстановка в семье, страдают познавательные процессы у ребёнка и т.п.

Говоря о СДВГ у детей, отметим, что синдром имеет разные «лица» и определить его наличие не всегда представляется возможным психологу, педагогу и родителю, исключая явно выраженную форму (тяжёлую степень) синдрома.

Известно немало случаев, когда дети с СДВГ, вовремя получившие помощь и поддержку со стороны психологов, педагогов и врачей, становились известными преуспевающими бизнесменами, адвокатами, спортсменами, потому что их родители приложили немало усилий, чтобы дети добились успеха. Решение проблемы СДВГ у детей не заключается в многочисленных рекомендациях для педагогов, программах обучения таких детей, опи-

рающихся на школу и мастерство учителя.

Без заинтересованности, поддержки родителей (семьи), и наблюдения врачей, помощь таким детям мало эффективна. Усилия педагогов организовать обучение и помочь ребёнку с СДВГ самостоятельно в условиях школы (если родители безразличны к проблеме ребёнка или неблагополучная семья), приобретают характер бесполезности, истощая центральную нервную систему самого учителя. Эффективность педагогической работы (обучения и воспитания) при комплексном подходе к решению проблемы также зависит и от формы (подтипа СДВГ), и от степени выраженности синдрома. В связи с этим школе характерны противоречия между возможностями детей с СДВГ и требованиями учителя (особенно в начальных классах), система обучения характеризуется как психотравмирующая для гиперактивного ребёнка.

Вопрос?

...Может дело не в системе обучения, а в дошкольной диагностике и подготовке ребёнка с СДВГ в этой системе обучаться...

Но это уже другой вопрос, касающийся психологов и педагогов дошкольных образовательных учреждений и родителей дошкольников.

Разные «лица» синдрома

СДВГ является этиологически полиморфным расстройством, где в подавляющем большинстве случаев генетические факторы играют основную роль. Также СДВГ является биопсихосоциальным расстройством, при котором главные этиологические факторы — биологические (родовые травмы, тяжёлые интоксикации, органические поражения центральной нервной системы и др.). А основные прогностические — пси-

хосоциальные, неблагоприятное течение которых (функционирование семьи) может закреплять клинические проявления и усиливать дезадаптацию детей, страдающих этим заболеванием (Тржесоглава, 1986; King, Noshpirz, 1991; Barkley, 2006). Но при благоприятных условиях воспитания проявление симптомов снижается или исчезает полностью. Основными проявлениями СДВГ являются гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность.

По американской классификации DSM-IV СДВГ встречается трёх подтипов:

1. С преобладанием дефицита внимания, гиперактивность и импульсивность может отсутствовать полностью (чистая форма — simplex);
2. С преобладанием гиперактивности/импульсивности, при минимально выраженном или полном отсутствии дефицита внимания (чистая форма — simplex);
3. Комбинированный (сочетанная форма — complex) — с наличием симптомов гиперактивности/импульсивности и дефицита внимания.

По данным исследований (Faraon, Biederman, Weber, 1998), синдром гиперактивности/импульсивности больше связан с риском оппозиционным, агрессивным и антисоциальным поведением, синдром дефицита внимания — с тревожными расстройствами, депрессией и проблемами с учёбой, комбинированный же подтип, является самым тяжёлым и прогностически сочетает в себе развитие проблем двух других подтипов. Однако в настоящее время ведётся научная дискуссия относительно подтипов СДВГ, являются ли они формой одного расстройства или это разные по природе расстройства. Особенно это касается подтипа с преобладанием дефицита внимания, который, по мнению Barkley, является отдельной нозологической единицей¹. В настоящее

¹ Нозологическая единица (нозологическая форма) — это определенная болезнь, которую выделяют как самостоятельную, как правило, на основе установленных причин, механизмов развития и характерных клинико-морфологических проявлений.

время вопрос о подтипах СДВГ и клиническом значении до конца не исследован (Barkley, 2006).

Что касается степени тяжести СДВГ — понимание того, что в пределах одного подтипа в одной возрастной группе степень выраженности симптомов и их присутствие во всех сферах жизни ребёнка может быть совершенно разной (в зависимости от этиологии СДВГ, биологической почвы расстройства у ребёнка, клинической картины), выделение степеней тяжести имеет смысл. Более того, установленная степень выраженности синдрома у ребёнка, позволяет специалистам определить более точные (для подтипа СДВГ) и эффективные методы коррекции, его воспитания и обучения. Врачи предлагают рассматривать лёгкую, умеренную (среднюю) и выраженную (тяжёлую) по степени тяжести формы СДВГ. Однако ни в одной диагностической системе до сих пор нет чётких диагностических критериев определяющих степень тяжести СДВГ. Поэтому определяется она врачами-клиницистами по клинической картине и характеру выраженности симптомов (Романчук, 2010, с. 71).

Типичные проявления СДВГ

Неоднократно нами проводились исследования детей вторых классов с трудностями в обучении и поведении. Дети проходили медицинское обследование (включая аппаратное — ЭЭГ) и психолого-педагогическое. У 90% детей выявлен синдром дефицита внимания и гиперактивности (все формы выраженности). Когда учителям были озвучены результаты, мы столкнулись с нескрываемым удивлением тому, что некоторые дети из их класса страдали СДВГ. Это была форма выраженности, которая носила характер дефицита внимания без гиперактивности (преимущественно девочки). Ученицы характеризовались по средним оценкам; без особых способностей,

тихо сидящие за партами; не принимали участие в общественной жизни класса; основная оценка у них по предметам — «3». Некоторые дети с СДВГ (несмотря на свою неусидчивость) успевали услышать и запомнить учебный материал, выполняли хорошо самостоятельные работы и считались просто непослушными и невоспитанными детьми (форма гиперактивности с минимальным дефицитом внимания).

Из беседы с учителями исследуемых классов выявлено то, что в настоящее время о проблеме СДВГ педагоги просвещены достаточно хорошо. В каждом начальном классе есть брошюры с рекомендациями, но все они носят общий характер в работе с гиперактивными детьми. По анализу экспериментального исследования можно заключить, что общие рекомендации для педагогов в отношении обучения и воспитания детей с СДВГ подходят в работе не со всеми детьми, каждый случай, независимо от формы выраженности и степени тяжести синдрома сугубо индивидуальный. Поэтому рекомендации педагогам и родителям должны носить более точный характер в отношении обучения и воспитания детей, страдающих разными подтипами СДВГ.

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания имеет много «лиц», вопреки объединяющей патогенетической составляющей СДВГ — нарушению самоконтроля — у разных детей, в разном возрасте, в разных социальных контекстах он будет проявляться очень по-разному и приводить к разным последствиям (Романчук, С. 65).

Дети с доминированием дефицита внимания (наиболее сложный подтип для диагностики СДВГ)

Типичные проблемы с сосредоточением внимания заключаются не столько в том, что дети с СДВГ

не могут быть сконцентрированными, сколько в их неспособности на протяжении продолжительного времени удерживать внимание на важном, особенно если оно малоинтересное и не стимулирующее. Однако они внимательно смотрят захватывающий мультфильм, играют в компьютерные игры и могут быть успешными игроками. Проблема появляется тогда, когда ребёнку нужно продолжительное время концентрироваться на том, что не интересно, например, урок представленный учителем, домашнее задание и т.п. В связи с этим появляются трудности с концентрацией, ошибки по невнимательности, отвлечение на посторонние факторы, невыполнение заданий и т.д. Создаётся впечатление, что на уроках ребёнок «летает в облаках», с каждым учебным днём упуская пройденный материал. Одновременно у него занижается самооценка, повышается тревожность, нарушаются коммуникации.

Внимание детей с СДВГ очень слабо контролируется «центральной командной пунктом» (лобной корой), и вместе с тем им руководят наиболее сенсорные привлекательные в плане новизны и стимуляции аспекты ситуации. Соответственно снижена способность активно руководить собственным вниманием, сосредоточить его на важнейших аспектах ситуации (особенно если они не интересны) и удерживаться от отвращения на второстепенные стимулы (если они более интересны) (Романчук, С. 57). Учитывая другую нейропсихологическую характеристику детей с СДВГ — это большой сенсорный голод, потребность в «сильных» впечатлениях и способность быстро «насыщаться», то можно предсказать, насколько серьёзными могут быть проблемы с внимательностью в ситуациях, «скучных» для ребёнка (например, на уроке).

Типичные особенности поведения таких детей: «отсутствие», «сонная», «растерянность», замедлен-

ность реакций, двигательная заторможенность. Эти дети обычно не создают особых трудностей окружающим, а потому не испытывают проблем с «активным» отчуждением, хотя могут иметь проблемы с социальными навыками и быть социально изолированными. У них высокий индекс коморбидности (наличие дополнительной клинической картины) относительно специфических расстройств, школьных навыков, депрессии и тревожных расстройств (Barkley R, 1996, С. 86–92). Хотя они и не обращают на себя внимания своей гиперактивностью, но у них есть все остальные симптомы: нарушения концентрации внимания, асоциальное поведение, они грубы и вспыльчивы, внешне производят впечатление неспособных, плохо успевающих, социально изолированных и часто депрессивных. Чаще встречается у девочек, но данный подтип реже относят к формам отклонений, нуждающихся в лечении (в некоторых случаях ошибочно и лечение необходимо).

Рекомендации учителю (основное):

- интересная, «мультисенсорная», с «частой сменой кадров» презентация учебного материала на уроке;
- активное привлечение детей;
- чёткая структура с частым изменением заданий и видов деятельности;
- в процессе выполнения учеником самостоятельного задания: неоднократно подходить к нему (контроль его деятельности); интересоваться (всё ли ему понятно); напоминать о времени, которое он может ещё использовать при выполнении задания; поощрять (учителю необходимо создать ситуацию поддержки, которая позволит ребёнку учиться укладываться в установленное время урока, например, «Не волнуйся, ты успеешь», помочь и позволить задержаться после урока, чтобы закончить задание);
- домашнее задание писать на доске, проговаривая его вслух, предварительно попросить детей подгото-

вить дневники и ручки, дополнительно озвучить (например, «Маша, ты всё записала?»).

Второстепенное (но существенное):

- стратегия уменьшения посторонних раздражителей (например, посадить ребёнка за первую парту, не возле окна и т.п.).

Как показали исследования (Goldsten, 1998), даже в условиях сенсорно «стерильного» кабинета, если стиль преподавания не будет интересным и стимулирующим, ребёнок будет отвлекаться: если не будет на что отвлекаться снаружи, внимание перенесётся во внутренний мир, мир воображения...

Родители должны быть готовы к тому, что в обучении детей с СДВГ до относительной нормализации их мозговой деятельности (т. е. в течение 1–3 классов) основную роль играют домашние занятия. Дома необходимо не только выполнять домашние задания, но и повторять материал, пройденный в классе, чтобы проверить, всё ли понято ребёнком правильно, и не осталось ли вообще пропущенным что-либо существенное. Очень полезно рассказывать ребёнку заранее содержание предстоящего урока, чтобы ему легче было включиться в класс, и вынужденные «отключения» не нарушали общее понимание того, что объясняет учитель.

Рекомендации родителям:

- во время выполнения домашнего задания, наблюдение за ребёнком, если он отвлекается на посторонние стимулы «перефокусировать» его на уроки;
- постоянно концентрировать внимание ребёнка, периодически обращаться к нему, например, «Как продвигаются дела с заданием?», подойти и посмотреть, на какой стадии выполнение, помочь (иначе он может часами безрезультатно сидеть за столом над одним заданием, утомляясь и истощаясь энергетически);

- малоинтересные, скучные задания самостоятельно ребёнок выполнить не может, поэтому необходимо либо сделать задание интересным, либо ассистировать в роли «сосредоточителя внимания», либо повысить мотивацию (например, приз в случае успешного выполнения задания);

- время выполнения уроков должно быть регламентировано и контролироваться родителями;

- давайте ребёнку только одно задание на определённый отрезок времени, чтобы он мог его завершить;

- для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию;

- постоянное общение с классным руководителем, интеграция действий;

- профилактические консультации у невролога (наблюдение медиков).

Исключить (на время выполнения ребёнком домашнего задания):

- присутствие дома знакомых, приятелей взрослых;

- просмотр родителями телепередач (если это слышно ребёнку), занятия за компьютером;

- длительные разговоры по телефону (только по существу, коротко);

- постоянные окрики из других комнат.

Категорически нельзя возлагать ответственность за выполнение домашнего задания и успехи в школе на ребёнка.

Дети с доминированием гиперактивности (наиболее редкая форма СДВГ)

Сидеть за партой шесть уроков подряд по 40 минут — даже для здорового ребёнка непосильная задача. Монотония, отсутствие смены форм деятельности на уроке и в течение дня приводят к тому, что через 10–15 минут после начала урока гиперактивный ребёнок уже не в состоянии спокойно сидеть за партой. Начинается проявляться симптоматика СДВГ — ребёнок ёрзает на мес-

те, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, играет попавшими под руку предметами — одним словом, занимается «своими делами», казалось бы «не обращая внимания» на замечания учителя. Такое поведение ребёнка не возникает «специально», это следствие его утомления и как результат снижение функции контроля. Можно сколько угодно обращаться к ребёнку, взывая к сосредоточенности, внимательности, тишине, можно наказывать, это вряд ли будет эффективным. Ребёнок не может вести себя так, как требуют взрослые, и не потому, что не хочет, а потому, что его физиологические возможности не позволяют сделать это. Но при всей своей гиперактивности, ребёнок может повторить, то, что сказал учитель, запомнить большую часть темы урока, выучить небольшое стихотворение и прочесть его через несколько дней. Способностью услышать, запомнить и воспроизвести при повышенной активности и отвлекаемости, эти дети и отличаются от детей других подтипов СДВГ.

Отметим, что роль учителей является определяющей в своевременном выявлении СДВГ. Особенно это касается учителей начальной школы — именно они могут первыми заметить симптомы СДВГ у ребёнка, и обеспечить раннюю диагностику и своевременную помощь. От отношения учителя к ребёнку зависят отношения, которые сложатся между ними, и как следствие — мотивация ребёнка к сотрудничеству, учёбе, надлежащему поведению и т.д. Сказанное отнюдь не уменьшает значимости определённых действий и усилий по построению позитивного взаимодействия с ребёнком (Романчук). Хорошие отношения не образуются сами собой, их надо строить и оберегать...

К рекомендациям учителю и родителям, которые описаны в предыдущем разделе, необходимо дополнить *следующее (пути построения хороших взаимоотношений)*:

- ежедневное личное приветствие ребёнка;
- использование разных возможностей для общения (например, во время перерыва можно подойти к ребёнку и спросить: «Как настроение? Как прошли выходные и т.п.);
- невербальные выражения хорошего отношения (например, можно слегка погладить, похлопать по плечу за успешное выполнение задания и т.п.);
- внимательность к ребёнку, доброжелательность, поддержка;
- внимание к успехам ребёнка (в том числе и перед классом), его положительным качествам, способностям;
- избегание унижительной критики, некорректных форм высказывания замечания и т.п.;
- эмоциональное, интересное проведение уроков с привлечением детей, их активным участием в уроке, поощрением сотрудничества.

Эффективное партнёрство родителей и педагогов является главным условием социальной и учебной успешности школьника с СДВГ.

Оптимизация сотрудничества учителя с родителями ребёнка:

- учителям необходимы элементы навыков психологического консультирования и навыки конструктивного решения конфликтов (требует определённого опыта и компетентности педагога);
- общение родителей и учителя с целью: согласованно работать над общими воспитательными целями — контроль поведения, учёбы, интеграция ребёнка в коллектив, развитие положительной самооценки, социальных навыков и т.п.;
- в процессе общения учитель может оказать поддержку родителям в содействии полноценному развитию ребёнка;
- учитель может консультировать родителей по вопросам выполнения домашних заданий, назначения дополнительных занятий, преодоления проблем с самоорганизацией, трудностей в отношениях с ровесниками и т.п.;

Личность учителя и характер его отношений с ребёнком являются основой педагогического влияния. Иногда именно учитель играет определяющую роль в судьбе ребёнка, помогая ему выбрать оптимальный путь развития и самореализации (Barkley R.)

Дети с комбинированной формой СДВГ (самая распространённая форма)

Симптомы дефицита внимания и гиперактивности проявляющиеся в комбинированной форме, часто сопровождаются дополнительными нарушениями:

- обучения (дислексия, дискалькулия, дисграфия и т.д.);
- моторики (нарушение моторного умения);
- общения (коммуникативные);
- нарушения экспрессивной и рецептивно-экспрессивной речи, фонологии, логоневозы и т.д.

Л. Хечман (2005) считает, что все симптомы СДВГ (гиперактивность, импульсивность и дефицит (нарушение) внимания) логично рассматривать совместно, так как они редко встречаются по отдельности, что порой осложняет выявление чистого (simplex) подтипа СДВГ. При этом автор рассматривает симптомы СДВГ (их проявления) по возрастам. Мы же акцентируем внимание на младших школьниках (1–3 классы).

При отсутствии своевременной помощи формируются вторичные проблемы и сопутствующие расстройства.

Прямыми непосредственными следствиями СДВГ являются проблемы в нескольких сферах жизни: семья, отношения с ровесниками, поведение в школе и на улице, учёба. Степень выраженности этих проблем и их наличие зависят не только от СДВГ, но и от того, как реагирует социальное окружение

на ребёнка, помогает ли ему преодолеть вызванные расстройством ограничения. В случае отрицательного взаимодействия с социальной средой у ребёнка с СДВГ могут нарастать:

- расстройства поведения — оппозиционное, агрессивное и антисоциальное поведение;
- расстройства развития речи и школьных навыков;
- тревожные расстройства;
- депрессия, тики;
- расстройство развития координации движений;
- пограничная интеллектуальная недостаточность;
- энурез (недержание мочи), нарушение сна и др.

А в подростковом возрасте:

- расстройство личности;
- злоупотребление / зависимость от алкоголя и наркотиков.

Прежде всего, отметим, что поведение ребёнка с СДВГ носит переменный характер, непостоянно, и в разных средах один и тот же ребёнок может вести себя по-разному. С точки зрения патогенеза, это вполне понятно — поскольку поведение ребёнка контролируется не внутренними правилами, а является реакцией на внешние стимулы и факторы «здесь и сейчас». В зависимости от комбинации этих стимулов и факторов, поведение ребёнка будет разным: в одной среде симптомы СДВГ будут сильно выражены и поведение ребёнка будет «проблемным», а в другой нет (Романчук). В связи с этим можно сделать вывод — насколько важным в социализации ребёнка с СДВГ является школьная среда и отношение с учителем и сверстниками.

Итак, если подытожить, то общими для всех детей с СДВГ являются следующие проблемы:

- трудности в овладении некоторыми учебными навыками;
- неуклюжесть, проблемы с крупной и мелкой моторикой, неразборчивый почерк;
- неаккуратность при выполнении письменных работ;

- неумение организовать свою деятельность: как последовательность выполнения действий, так и во времени;
- трудности в соблюдении инструкций;
- эмоциональная нестабильность (частые смены настроения, вспыльчивость);
- трудности с концентрацией внимания;
- сложные отношения с учителями и сверстниками.

Однако исследования показывают (Болотовский, Чутко, Попова), что наряду со всеми этими проблемами гиперактивные дети обладают:

- высокой познавательной активностью;
- широким кругом интересов;
- способностью к целостному восприятию мира и отдельных ситуаций;
- способностью к озарению;
- высоким уровнем развития аналитических способностей;
- способностью придумывать множество вариантов решения одной задачи;
- чувством юмора;
- изобретательностью.

Дополняя рекомендации, отметим для учителей:

- вера учителя в ученика, хорошие взаимоотношения между ними;
- учитывать усвоения инструкции и алгоритм деятельности ученика на уроках;
- учитывать возможности контроля за протеканием собственной деятельности ребёнка;
- обеспечить предсказуемость, организованность и структурированность среды;
- эффективное командное сотрудничество между специалистами по СДВГ (врач, психолог, педагог) и родителями;
- гибкость учителя, его готовность и желание находить соответствующий педагогический подход и стиль преподавания, который отвечает особенностям каждого ребёнка;

- уменьшение объёма письменных заданий на уроках; предоставление детям с СДВГ большего времени на выполнение задания;
- поддержка со стороны школьной администрации.

Что могут родители:

- уделять ребёнку как можно больше времени;
- обеспечить себе поддержку и помощь в семье и школе. Сделать учителей своими союзниками (обязательно!);
- составлять списки, оформляя их весёлыми картинками (например, распорядок дня), дети с СДВГ не умеют организовывать и планировать свою деятельность (испытывают трудности в программировании), контролировать выполнение, напоминая (например, «Через 15 минут готовься ко сну»);

Списки можно составлять для любого рода деятельности, например:

- уборка в комнате (список, что необходимо сделать по пунктам);
- последовательность выполнения домашних заданий (составлять список вместе, с учётом мнения ребёнка, тем меньше будет его сопротивление при исполнении);
- что обязательно должно быть в портфеле;
- правила поведения (например, соблюдать режим, сколько и когда смотреть телевизор, вечером собирать портфель в школу и т.д.);
- границы (в этом списке должно быть всё то, чего делать нельзя, например, драться, обзывать и т.д.);
- контроль родителей за временем (дети плохо ориентируются во времени) за исполнением, заранее предупредите о любых изменениях, особенно если это меняется в режиме дня и ваших совместных планах;
- делайте передышки (например, игра на расслабление и т.п.).

При всей кажущейся жёсткости, списки ему необходимы, они показывают ребёнку, в каком направлении двигаться. Он знает, что именно

ему следует делать, чего от него ждут, и становится спокойнее.

В заключение хотелось бы сказать, что до сих пор большинство педагогов и школьных психологов, в противовес мнению и рекомендациям специалистов (врачи, клинические психологи и др.), предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ. В таких случаях представители школ настаивают или на выводе детей на надомное обучение (чаще всего), или на переводе их в классы выравнивания (реже), или на смене образовательного учреждения.

В основном это те дети, которые были «упущены» с первого класса (по каким-либо причинам), имеющие вторичные проблемы (агрессия, ухудшение степени тяжести СДВГ, антисоциальное поведение и т.п.).

В итоге такие дети лишаются глобального опыта школьной социализации, общения с социально-благополучными соучениками и их поддержки, ориентации в личных учебных достижениях на успешных одноклассников. При подобном подходе к работе с СДВГ-проблемными детьми основной акцент делается исключительно на индивидуальную помощь. Однако, как показывает практический опыт и соответствующие научные исследования (Фесенко Е.В.), надежды на психотерапию в сочетании с одновременным назначением лекарственных средств **без учёта школьного фактора** (получение позитивного школьного опыта) **на сегодняшний день безосновательны.**

Литература

1. *Болотовский Г.В., Чутко Л.С., Попова И.В.* Гиперактивный ребёнок. — СПб.: НПК «Омега», 2010. — 160 с.
2. *Романчук О.И.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей / Пер. с укр. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.
3. *Серёгина И.Н.* Особенности психологического консультирования семьи, воспитывающей ребёнка с СДВГ // Вестник практической психологии образования, 2012, № 1. С. 65–70.
4. *Тржесоглава З.* Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986. — 256 с.
5. *Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. — СПб.: Наука и Техника, 2010. — 384 с.
6. *Хечман Л.* Развитие, нейробиологические и психосоциальные аспекты гиперактивности, импульсивности /перевод М. Симонова, Е. Шумана // narod.ru Сайт кафедры психиатрии и наркологии № 1 Уральской Государственной Медицинской Академии, 2005.
7. *Barkley R.A.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006. — P. 65–94.
8. *Barkley R.A.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A clinical workbook. N.Y.: The Guilford Press, 2006. — P. 65–94.
9. *Barkley R.A.* Attention Deficit Hyperactivity Disorder. New York: Guilford Publications, 1990. — 256 p.
10. *King R.A., Noshpitz J.D.* Pathways of growth // Essentials of child psychiatry. New York. 1991. Vol. 2.