

УДК 159.952: 616.89-008.47-053.2-009.2

*Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, Н. В. Козьявкіна, О. В. Козьявкіна, М. С. Гордієвич*  
**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ  
 ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ**

*Л. Ф. Шестопалова, О. А. Бородавко, Н. В. Козьявкіна, О. В. Козьявкіна, М. С. Гордієвич*  
**Особенности психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности**

*L. F. Shestopalova, O. O. Borodavko, N. V. Kozyavkina, O. V. Kozyavkina, M. S. Hordiyevych*  
**Features mental development of children with attention deficit hyperactivity disorder**

Метою роботи було визначити особливості психічного розвитку дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) (змішаного типу). В ході дослідження використовували методи спостереження, психодіагностичний та математико-статистичний. Було обстежено 25 дітей зі змішаним типом СДУГ. Показано, що рівень інтелектуального розвитку у них був у межах вікової норми. Разом з тим, на тлі нормативних показників інтелекту у цих дітей має місце недостатність деяких інших психічних функцій, перш за все, довільної регуляції психічної діяльності, довільної уваги, мови, перцептивно-гностичної та емоційної сфер. Також для них характерні емоційна лабільність, емоційна збудливість та дратівливість. Більшість дітей зі СДУГ мають низький рівень шкільної успішності, що пов'язано, перш за все, з недостатністю довільної регуляції психічної діяльності та процесів довільної уваги. Існує зв'язок між рівнем та структурою недостатності психічних функцій та віком дітей зі СДУГ. З віком відбувається редукція недостатності довільної регуляції психічної діяльності, вербальної пам'яті, довільної рухової активності, просторового гнозису та розвитку мови. Порушення довільної уваги є стійкішими і домінують в структурі проявів психічного дизонтогенезу у дітей, незалежно від їхнього віку.

**Ключові слова:** діти, мінімальна мозкова дисфункція, синдром дефіциту уваги та гіперактивності, дизонтогенез, психічні функції, інтелектуальний розвиток

Целью работы явилось определение особенностей психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (смешанного типа). В ходе исследования использовали методы наблюдения, психодиагностический и математико-статистический. Было обследовано 25 детей со смешанным типом СДВГ. Показано, что уровень интеллектуального развития у них находился в рамках возрастной нормы. Вместе с тем, на фоне нормативных показателей интеллекта у этих детей имеет место недостаточность ряда других психических функций, прежде всего произвольной регуляции психической деятельности, произвольного внимания, речи, перцептивно-гностической и эмоциональной сфер. Также для них характерны эмоциональная лабильность, эмоциональная возбудимость и раздражительность. У большинства детей с СДВГ отмечается низкий уровень школьной успеваемости, что связано, прежде всего, с недостаточностью произвольной регуляции психической деятельности и процессов произвольного внимания. Существует связь между уровнем и структурой недостаточности психических функций и возрастом детей с СДВГ. С возрастом происходит редукция недостаточности произвольной регуляции психической деятельности, вербальной памяти, произвольной двигательной активности, пространственного гнозиса и развития речи. Нарушения произвольного внимания являются более устойчивыми и доминируют в структуре проявлений психического дизонтогенеза у детей, независимо от их возраста.

**Ключевые слова:** дети, минимальная мозговая дисфункция, синдром дефицита внимания и гиперактивности, дизонтогенез, психические функции, интеллектуальное развитие

The goal was to determine the characteristics of mental development of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (mixed type). The study used the methods of observation, psychodiagnostic and mathematical-statistical. Were examined 25 children with a mixed type ADHD. It is shown that the level of intellectual development have been under the age norm. However, against the background of standard indicators of intelligence in these children there is a failure of some other mental functions, especially voluntary regulation of mental activity, voluntary attention, speech, perceptual-gnostic and emotional spheres. Also, they are characterized by emotional lability, emotional excitability and irritability. Most children with ADHD have a low level of educational achievement, which is due primarily to the lack of any regulation of mental activity and processes of voluntary attention. There is a relationship between the level and structure of the failure of mental functions and age of children with ADHD. With age, marked reduction of the failure of voluntary regulation of mental activity, verbal memory, any motor activity, spatial gnosis and speech development. Violation of voluntary attention are more stable and dominated in the structure of the manifestations of mental dizontogenesis children, regardless of their age.

**Key words:** children, minimal brain dysfunction, attention deficit hyperactivity disorder, dizontogenesis, mental functions, intellectual development

Однією з медико-соціальних проблем, що на сьогодні мають державний рівень значущості, є необхідність покращання здоров'я дітей із порушеннями розвитку, в тому числі психічного, з одночасним підвищенням якості життя сімей, де народжується й виховується така дитина. Екологічне забруднення, техногенне та інформаційне навантаження, соціально-стресове напруження здійснюють негативний вплив на онтогенетичні процеси дитини, починаючи з пренатального періоду. Разом з тим, ефективне функціонування сучасної людини в інформаційному суспільстві, потреба повністю розкрити її особистісний потенціал пред'являють особливі вимоги до її психічного здоров'я. Однією з тенденцій

розвитку сучасної неврології та психіатрії є перенесення дослідницьких пріоритетів з виражених форм патологічних станів, що супроводжуються грубими дефектами різних органів і функціональних систем, на вивчення різноманітних стертих, легких, малодиференційованих варіантів тих або інших хворобливих станів. Ця тенденція підкріплюється тим, що питома вага таких захворювань постійно збільшується. До них належить і мінімальна мозкова дисфункція (ММД). Термін «мінімальна мозкова дисфункція» з 60-х років ХХ-го сторіччя використовують для позначення різних клінічних проявів у дітей і підлітків, зумовлених резидуальними мозковими ураженнями [1—4]. При цьому до ММД відносять найлегші форми церебральної патології, що виникають унаслідок різноманітних шкідливих дій на мозок в пре-, пери- і постнатальний періоди, але мають однотипну, невиражену,

стерту неврологічну та психопатологічну симптоматику, які проявляються у вигляді функціональних порушень та можуть бути зворотними у міру дозрівання мозку [1—7]. Хоча трактування цього розладу до теперішнього часу не є однозначним, ретельне, мультидисциплінарне його вивчення має особливе значення для теорії і практики медицини, оскільки синдром ММД, за різними даними, виявляється у 20—30 % дітей шкільного віку [1, 2, 8].

Одним із найчастіших проявів ММД є синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). За даними досліджень, СДУГ спостерігається у 4—20 % дітей в різних країнах. При цьому хлопчиків серед них у 2—9 разів більше, ніж дівчаток [9—11]. Уявлення щодо етіопатогенезу СДУГ залишаються недостатньо визначеними, незважаючи на велику кількість досліджень. Для виявлення можливих механізмів його розвитку запропоновано генетичні, нейроморфологічні, нейрофізіологічні, біохімічні, соціально-психологічні та інші концепції [12—14].

При СДУГ первинним дефіцитом є порушення активуючих систем лобних відділів головного мозку, що проявляється у недостатності керуючих функцій. Це зумовлює як дефекти регуляції психічних процесів, так і порушення соціального аспекту саморегуляції [15—19]. Порушення уваги при СДУГ характеризуються виснажливістю, нестійкістю, вибірковістю, недостатністю її обсягу, дефектами концентрації, переключення та розподілу в залежності від переважання лабільності чи ригідності тощо. Деякі дослідники стверджують, що порушення уваги у хворих на СДУГ є вторинними щодо втрати мотивації та пошуку додаткових джерел стимуляції в навколишньому середовищі [2, 15—18]. Значною мірою з дефектами уваги пов'язані порушення мнестичних функцій. У дітей зі СДУГ обсяг оперативної пам'яті дещо знижений, порівняно зі здоровими дітьми такого ж віку, тому основою ефективної організації діяльності для них (ігор, навчання) є «покрокове» керування, надання простих і коротких інструкцій. За даними Цветкова А. В., нейропсихологічне обстеження молодших школярів зі СДУГ показало у них порушення дій, що потребують послідовного здійснення декількох операцій, та збереження довільних дій, які складаються з однієї операції [18]. Вважається, що для дітей зі СДУГ більшою мірою характерні порушення вербальної пам'яті (більш, ніж 80 % випадків) [5, 17]. Однак також спостерігаються дефекти зорового запам'ятовування (близько 50 %), недостатня сформованість зорово-моторної координації, труднощі при оперативному переводі візуальної інформації в рухово-графічний аналог [2].

Характерною рисою розумової діяльності гіперактивних дітей є циклічність. Вони можуть працювати продуктивно 5—15 хвилин, а потім 3—7 хвилин мозок відпочиває, накопичує енергію для наступного циклу. Рівень розумової працездатності знижується, хоча гіперактивність часто зберігається протягом усього дня [2, 15—20].

За даними багатьох дослідників, виражені неврологічні порушення у дітей зі СДУГ спостерігаються досить рідко. Однак практично в усіх мають місце легкі неврологічні стигми, дифузна органічна симптоматика, порушення у вигляді асиметрії рефлексів, змішаної латеральності, легкої недостатності зору або слуху, цефалгії тощо [5, 7].

У дітей зі СДУГ часто виникають особистісні та емоційні проблеми. Для багатьох з них характерним є підвищення базисного рівня тривоги і надмірного реагування як на фізіологічні, так і на психологічні навантаження. При цьому, у хлопчиків спостерігались нижчі компенсаторні можливості, ніж у дівчаток [14]. Діти зі СДУГ

часто відрізняються незрілістю та ригідністю емоційного реагування. Їм притаманні слабка психоемоційна стійкість при невдачах, невпевненість у собі, знижена самооцінка, комунікативні труднощі (65 %). Нерідко у них спостерігаються різні, в тому числі соціальні, фобії, дратівливість, опозиційна або агресивна поведінка (близько 30 %) [7, 14].

В психолого-педагогічній літературі описано характерне для дітей зі СДУГ зниження адаптаційних ресурсів. Незважаючи на достатній інтелектуальний рівень, у цих дітей — низька шкільна успішність, труднощі в організації роботи, засвоєнні, виконанні та застосуванні навчального матеріалу. Також мають місце парціальні затримки розвитку, в тому числі мотиваційної складової діяльності, шкільних навичок та навичок спілкування [2, 15—21].

Довгий час вважалося, що прояви СДУГ поступово слабнуть і припиняються в підлітковому віці [6]. За різними даними, на сьогодні встановлено, що дефіцит уваги зберігається у 50 %, а ознаки гіперактивності — у 30 % хворих навіть в дорослому віці [6, 10, 11]. Тривалі катамнестичні дослідження засвідчили, що у 18—21 % хлопчиків зі СДУГ у віці 18—25 років виникає антисоціальний розлад особистості, ризик алкоголізації та вживання інших психоактивних речовин, що сприяє розвитку делінквентної поведінки. Одним з важливих чинників, що може сприяти поганому прогнозу СДУГ з вираженою соціальною дезадаптацією і трансформацією в особистісні аномалії, є психічний інфантизм, який спостерігають у переважній кількості хворих на СДУГ. Отже, з часом синдром зникає або трансформується в іншу симптоматику, однак легка недостатність функцій довільної регуляції та довільної уваги може спостерігатись протягом усього життя [7, 10—13].

Таким чином, незважаючи на численність досліджень, присвячених СДУГ в рамках окремих галузей науки (медицини, психології, дефектології, педагогіки тощо), актуальним є мультидисциплінарний підхід для визначення клініко-психопатологічних та клініко-психологічних закономірностей психічного розвитку цих дітей. Це, в свою чергу, дозволить розробити сучасні ефективні методи лікування та реабілітації хворих даної категорії.

Метою цієї роботи було — дослідити особливості психічного розвитку дітей зі СДУГ (змішаного типу).

Було обстежено 25 дітей зі СДУГ, із них 18 (72,0 %) хлопчиків та 7 (28,0 %) дівчат, 11 (44,0 %) дітей — віком від 4 до 6 років; 10 (40,0 %) — віком 7—10 років; 4 дитини (16,0 %) — віком 11—12 років. В усіх дітей був діагностований змішаний тип СДУГ, тобто ступінь вираженості симптомів порушень довільної уваги і гіперактивності та імпульсивності у них був приблизно однаковий.

У дослідженні застосовували методи спостереження, психодіагностичний та математико-статистичний. В рамках психодіагностичного методу використовували тест Равена (дитячий варіант) [22]; тест Тулуза-П'єрона [2]; набір нейропсихологічних тестів для дітей (Е. Г. Сімерницька, 1991; Л. С. Цветкова, 1998; А. В. Семенович, 2002; Ж. М. Глозман, А. Ю. Потаніна, А. Є. Соболева, 2008) [15, 17—19]. Математико-статистичне оброблення даних здійснювали за допомогою методу встановлення вірогідності різниць (за критеріями *U* Манна — Уїтні,  $\varphi$  — Фішера) та кореляційного аналізу (коефіцієнт кореляції *r* — Спірмена). Обчислювання отриманих даних проводили за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

В ході дослідження вивчали рівень інтелектуального розвитку дітей зі СДУГ, особливості довільної регуляції психічної діяльності, когнітивних функцій, мови, до-

вільної рухової активності, перцептивно-гностичної та емоційної сфер.

За даними дослідження, рівень інтелектуального розвитку дітей зі СДУГ відповідає віковій нормі. Незалежно від віку, у них частіше відзначається середній рівень невербального інтелекту (78,9 %). Слід зазначити, що у 21,1 % дітей рівень інтелектуального розвитку є достатньо високим (у межах «хорошої норми»). Разом з тим, більшість дітей зі СДУГ мають досить низьку шкільну успішність. Однак, результати психодіагностичного обстеження свідчать про те, що це пов'язано, перш за все, саме з недостатністю довільної регуляції психічної діяльності та процесів довільної уваги, а не з рівнем інтелектуального розвитку дітей.

Для всіх дітей зі СДУГ характерною є недостатність довільної регуляції психічної діяльності того чи іншого ступеня вираженості. Перш за все, вона проявляється у вигляді відволікання (100,0 %), непосидючості (92,0 %), імпульсивності (88,0 %), недостатності самоконтролю (84,0 %) та надмірної рухової активності (52,0 %). При цьому у дітей дошкільного віку, порівняно з дітьми молодшого та середнього шкільного віку, недостатність довільної регуляції має вираженіший характер. У них частіше спостерігаються виражене відволікання (81,8 % та 40,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ), непосидючість (72,7 % та 10,0 %, 0,0 % відповідно,  $p \leq 0,01$ ), надмірна рухова активність (63,6 % та 0,0 %, 0,0 % відповідно) та недостатність самоконтролю (63,6 % та 0,0 %, 25,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

В усіх обстежених дітей має місце емоційна лабільність. Надмірна емоційна збудливість спостерігається у 52,0 % дітей, агресивність — у 24,0 %. Порівняльний аналіз даних показав, що емоційна збудливість частіше проявляється у дошкільнят, ніж у старших дітей (72,8 % та 40,0 %, 25,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ). Агресивність частіше спостерігається у дітей старшого шкільного віку, ніж у молодших школярів та дошкільнят (50,0 % та 20,0 %, 18,2 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

У 84,0 % дітей виявляється значне зниження розумової працездатності. Аналіз даних з урахуванням вікових особливостей дітей показав, що низький рівень розумової працездатності частіше спостерігається у дошкільнят та старших школярів, ніж у дітей середнього шкільного віку (100,0 %, 75,0 % та 30,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ). В усіх дітей зі СДУГ діагностовано типову для них несформованість довільної уваги, яка проявляється у вигляді звуження її обсягу, недостатності процесів концентрації, переключення та розподілу. У дошкільнят, порівняно зі старшими дітьми, частіше має місце виражена недостатність процесів довільної уваги (90,9 % та 50,0 %, 50,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Результати дослідження довільної уваги за допомогою тесту Тулуз-П'єрона показали, що для дітей зі СДУГ в цілому характерна досить висока швидкість оброблення інформації (показники, що відповідають високій нормі мають місце у 21,1 % дітей, середній нормі — у 36,8 %, низькій нормі — у 26,3 %). Разом з тим у них спостерігається значне зниження концентрації довільної уваги (показники, нижчі за нормативні виявляються у 68,4 % дітей). У дітей середнього шкільного віку, порівняно з молодшими школярами та дошкільнятами, показники швидкості оброблення інформації (75,0 %, 20,0 % та 40,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ) та концентрації довільної уваги (25,0 %, 10,0 % та 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ) є значно вищими.

У 61,9 % дітей зі СДУГ має місце недостатність вербальної пам'яті, яка проявляється у вигляді звуження

обсягу довільного запам'ятовування (61,9 %), зниження його міцності (52,4 %) та дефектів селективності мнестичних функцій (52,4 %). У дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, на відміну від старших школярів, частіше спостерігається недостатність процесу запам'ятовування вербального матеріалу: звуження обсягу довільного запам'ятовування (71,5 %, 70,0 % та 25,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ) та зниження його міцності (71,5 %, 50,0 % та 25,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Недостатність тих чи інших форм довільної рухової активності діагностується у 91,3 % дітей зі СДУГ. Порушення динамічного праксису мають місце у 91,3 % дітей, просторового — у 86,7 %, праксису пози — у 89,5 %, конструктивного — у 86,7 %. Були відмічені несформованість реципрокної координації, труднощі виконання рухових програм, загальна імпульсивність у рухових пробах. Порівняльний аналіз даних показав, що у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку, на відміну від старших школярів, вираженішою є недостатність динамічного (11,1 %, 10,0 % та 0,0 % відповідно), конструктивного (77,8 %, 60,0 % та 0,0 % відповідно) видів праксису та праксису пози за зоровим зразком (33,3 %, 10,0 % та 0,0 % відповідно).

У 65,0 % дітей зі СДУГ має місце недостатність акустичного гнозису (переважно у ланці оцінки ритмічних структур), у 47,8 % — просторового гнозису, у 13,0 % — зорового гнозису. Слід зазначити, що легка недостатність зорового гнозису діагностувалась лише у дітей дошкільного віку (33,3 %). Дефекти просторового гнозису виявлялися частіше у дошкільнят, ніж у старших дітей (77,8 % та 40,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Аналіз рівня розвитку мови у дітей показав, що прискорений темп мови виявляється у 76,0 %, у 64,0 % — недостатність словарного запасу, у 36,0 % — нечіткість артикуляції, «змазана» мова. У дітей дошкільного віку, порівняно з іншими дітьми, частіше спостерігається недостатність розвитку мови: прискорений темп (90,9 % та 70,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ), звуження словарного запасу (90,9 % та 60,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ), нечіткість артикуляції (63,6 % та 20,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

У 41,7 % дітей зі СДУГ має місце недостатність лічильних функцій різного ступеня тяжкості. Легка недостатність виявляється у 33,3 % дітей, помірна — у 4,2 % та виражена — у 4,2 %. При цьому ці порушення частіше діагностуються у дошкільнят, ніж у старших дітей (66,6 % та 30,0 %, 0,0 % відповідно,  $p < 0,05$ ).

Для визначення зв'язку між рівнем недостатності сформованості психічних функцій та віком дітей зі СДУГ був проведений кореляційний аналіз. Результати дослідження показали, що з віком у дітей підвищується продуктивність довільної регуляції психічної діяльності (зменшується ступінь відволікання ( $r_s = -0,55$ ,  $p \leq 0,01$ ), імпульсивності ( $r_s = -0,59$ ,  $p \leq 0,01$ ), недостатності самоконтролю ( $r_s = -0,41$ ,  $p < 0,05$ ), надмірної рухової активності ( $r_s = -0,61$ ,  $p \leq 0,01$ ), непосидючості ( $r_s = -0,59$ ,  $p \leq 0,01$ )); зменшується емоційна збудженість ( $r_s = -0,49$ ,  $p < 0,05$ ); підвищується продуктивність вербальної пам'яті (звуження обсягу довільного запам'ятовування ( $r_s = -0,46$ ,  $p < 0,05$ ), зниження міцності довільного запам'ятовування ( $r_s = -0,49$ ,  $p < 0,05$ )); довільної рухової активності (недостатність динамічного праксису ( $r_s = -0,52$ ,  $p < 0,05$ ), праксису пози ( $r_s = -0,54$ ,  $p < 0,05$ ), конструктивного праксису ( $r_s = -0,71$ ,  $p \leq 0,01$ )); зменшується недостатність просторового гнозису ( $r_s = -0,71$ ,  $p \leq 0,01$ ) та лічильних



функцій ( $r_s = -0,62, p \leq 0,01$ ). Також з віком спостерігається зменшення проявів недостатності розвитку мови (прискореного темпу ( $r_s = -0,48, p < 0,05$ )), звуження словарного запасу ( $r_s = -0,71, p \leq 0,01$ ), нечіткості артикуляції ( $r_s = -0,57, p \leq 0,01$ ).

Таким чином, особливості психічного розвитку дітей зі СДУГ полягають в тому, що на тлі нормативних показників інтелекту у них має місце недостатність сформованості низки інших психічних функцій, перш за все, довільної регуляції психічної діяльності, довільної уваги, перцептивно-гностичної та емоційної сфер. Облігатними для СДУГ є порушення процесу довільної регуляції психічної діяльності та довільної уваги різного ступеня тяжкості. Порушення довільної регуляції у дітей зі СДУГ проявляється у вигляді надмірного відволікання, імпульсивності, зниження самоконтролю над поведінковими та емоційними проявами, надмірної рухової активності, непосидючості. Типова для них несформованість довільної уваги проявляється у вигляді звуження її обсягу, недостатності процесів концентрації, переключення та розподілу.

Для дітей зі СДУГ характерні емоційна лабільність та емоційна збудливість, дратівливість. Також у них спостерігається виражена виснажливості розумової працездатності. В структурі недостатності розвитку перцептивно-гностичної сфери у цих дітей має місце несформованість динамічного, просторового, конструктивного видів праксису, праксису пози за зоровим зразком, а також акустичного і просторового гнозису. Має місце відставання розвитку мови від вікових норм, що проявляється у вигляді прискореного її темпу, звуження словарного запасу, нечіткості артикуляції. Існує зв'язок між рівнем та структурою недостатності психічних функцій та віком дітей зі СДУГ. З віком відбувається певна редукція недостатності довільної регуляції психічної діяльності, вербальної пам'яті, довільної рухової активності, просторового гнозису та розвитку мови. Разом з тим, порушення довільної уваги є стійкішими і домінують в структурі проявів психічного дизонтогенезу у дітей, незалежно від їхнього віку.

### Список літератури

1. Мартинюк В. Ю. Мінімальна мозкова дисфункція : навчальний посібник / В. Ю. Мартинюк, С. М. Зінченко. — К.: Інтермед, 2011. — 168 с.
2. Яськова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: методическое руководство / Л. А. Яськова. — СПб.: ГП «ИМАТОН», 1997. — 80 с.
3. Шестопалова Л. Ф. Минимальная мозговая дисфункция: клинико-психологические аспекты / Л. Ф. Шестопалова // Український вісник психоневрології. — 2000. — Т. 8, вип. 2 (24). — С. 84—87.
4. Підкоритов В. С. Мінімальна мозкова дисфункція. Клінічні прояви та діагностика / В. С. Підкоритов, Л. Ф. Шестопалова // Матеріали Міжрегіональної наук.-практ. конф. «Складна дитина». — Херсон, 2009. — С. 11—15.
5. Фесенко Е. В. Синдром дефіцита уваги і гіперактивності у дітей / Е. В. Фесенко, Ю. А. Фесенко. — СПб.: Наука і техніка, 2010. — 384 с.
6. Ковалев В. В. Семиотика і діагностика психічних захворювань у дітей і підлітків / В. В. Ковалев. — М.: Медицина, 2009. — 288 с.
7. Заваденко Н. Н. Гіперактивність і дефіцит уваги в дитячому віці / Н. Н. Заваденко. — М., 2005. — 256 с.
8. Стан психічного здоров'я дитячого населення України та організація психіатричної допомоги / [В. С. Підкоритов, Л. І. Дяченко, О. Є. Кутіков та ін.] // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 5—15.

9. Чутко Л. С. Клиническая гетерогенность синдрома дефицита внимания / Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — № 8. — С. 123—131.

10. Barkley R. A. ADHD in the Classroom. Strategies for Teachers / R. A. Barkley, C. Benton. — N. Y. : Guilford, 1994. — 343 p.

11. Barkley R. A. Developmental course, adult outcome, and clinic-referred ADHD adults: Attention Deficit Hyperactivity Disorder / R. A. Barkley // Arch. Gen. Psychiatry. — 2008. — № 6. — P. 186—207.

12. Smith A. Evidence for a pure time perception deficit in children with ADHD In Process Citation / A. Smith, E. Taylor, J. W Rogers // J. Child Psychol. Psychiatry. — 2002. — № 43(4). — P. 529—542.

13. Kratochvil C. J. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: a prospective, randomized, open-label trial / C. J. Kratochvil, J. H. Heiligenstein, R. Dittmann // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 2002. — V. 41, № 7. — P. 776—784.

14. Романчук О. І. Синдром дефіцита уваги і гіперактивності у дітей / О. І. Романчук. — М.: Генезис, 2010. — 336 с.

15. Семенович А. В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза : учебное пособие / А. В. Семенович. — М.: Генезис, 2007. — 474 с.

16. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста : учебное пособие / Ю. В. Микадзе. — СПб.: Питер, 2014. — 288 с.

17. Симерницкая Э. Г. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьной неуспеваемости / Э. Г. Симерницкая // В кн.: Нейропсихология сегодня / под ред. Е. Д. Хомской. — М., 1997. — 35 с.

18. Цветкова Л. С. Нейропсихологическое консультирование в практике психолога образования / Л. С. Цветкова, А. В. Цветков. — М.: Спорт и культура, 2012. — 126 с.

19. Глозман Ж. М. Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / Ж. М. Глозман, А. Ю. Потанина, А. Е. Соболева. — [2-е изд.]. — СПб.: Питер, 2008. — 80 с.

20. Sergeant J. The cognitive-energetic model: an empirical approach to attention-deficit hyperactivity disorder / J. Sergeant // Neurosci. Biobehav. Rev. — 2000. — № 24 (1) — P. 7—12.

21. Моница Г. Б. Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция / Г. Б. Моница, Е. К. Лютова-Робертс, Л. С. Чутко. — СПб.: Речь, 2007. — 186 с.

22. Равен Дж. К. Цветные прогрессивные матрицы Равена: классическая форма / Дж. К. Равен, И. Стайл, М. Равен. — [3-изд. стереотип.]. — М.: Когито-Центр, 2004. — 72 с.

*Надійшла до редакції 10.08.2015 р.*

**ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна**, доктор психологічних наук, професор, завідувачка відділом медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: 6834101@ukr.net

**БОРОДАВКО Оксана Олександрівна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу медичної психології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків

**КОЗЯВКІНА Наталія Володимирівна**, лікар-невролог Товариства з обмеженою відповідальністю (ТЗОВ) «Міжнародна клініка відновного лікування», м. Трускавець

**КОЗЯВКІНА Ольга Володимирівна**, лікар-невролог ТЗОВ «Міжнародна клініка відновного лікування», м. Трускавець

**ГОРДІЄВИЧ Михайло Степанович**, лікар-невролог ТЗОВ «Міжнародна клініка відновного лікування», м. Трускавець

**SHESTOPALOVA Liudmyla**, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: 6834101@ukr.net

**BORODAVKO Oksana**, PhD in of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Medical Psychology of the "INPN NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv

**KOZYAVKINA Natalia**, Physician-neurologist of Limited Liability Company (LLC) "International Clinic of Rehabilitation", Truskavets

**KOZYAVKINA Olga**, Physician-neurologist of LLC "International Clinic of Rehabilitation", Truskavets

**HORDIYEVYCH Mykhailo**, Physician-neurologist of LLC "International Clinic of Rehabilitation", Truskavets