

ДО ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО АНАЛІЗУ СИНДРОМУ ДЕФІЦИТУ УВАГИ І ГІПЕРАКТИВНОСТІ

У статті представлений аналіз поняття «синдром дефіциту уваги та гіперактивності»; визначено психологічні ознаки та особливості прояву досліджуваного явища; виокремлено фактори, що призводять до його виникнення.

Ключові слова: синдром дефіциту уваги та гіперактивності, імпульсивність, неуважність, корекція гіперактивності.

В статтє представлен анализ понятия «синдром дефицита внимания и гиперактивности», определены психологические признаки и особенности проявления изучаемого явления; выделены факторы, приводящие к его возникновению.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, импульсивность, невнимательность, коррекция гиперактивности.

The article presents an analysis of the concept of "attention deficit hyperactivity disorder and" were determined psychological characteristics and peculiarities of the studied phenomenon, main factors that lead to its occurrence.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder and, impulsivity, inattention, hyperactivity correction.

Постановка проблеми. На сьогоднішній день про синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) написано чимало. Проте на даний час відсутні єдині підходи щодо профілактики, діагностики та лікування СДУГ. Досліджувана проблема доволі складна, оскільки лежить на межі генетики і неврології, психології та акушерства, соціології, педагогіки та психотерапії.

Дуже часто до психолога звертаються батьки, вихователі дитячих садків і вчителі, які зіткнулися з проблемами у вихованні, спілкуванні та взаємодії з дітьми з вищезазначеним синдромом. Що ж це за категорія дітей?

Зазвичай до них відносять гіперактивних дітей, для яких характерна надзвичайна рухливість, непосидючість, неуважність, схильність перебувати інших, постійно забувати свої речі, відповідати на запитання, не вислухавши його до кінця, імпульсивність і навіть агресивність.

Із кожним роком проблема гіперактивності набуває все більшої актуальності, оскільки кількість гіперактивних дітей постійно збільшується, а фахівців, здатних ефективно вирішувати дану проблему, не вистачає.

Особливо гостро проблема гіперактивності постає в шкільний період, оскільки дитина, для якої характерна надмірна розгальмованість, рухливість,

має труднощі у концентрації уваги, практично приречена на неуспішність у навчанні, конфлікти з учителями та однолітками. Це, у свою чергу, викликає вторинні емоційні розлади, зниження самооцінки та загалом деструктивну поведінку.

У дорослому віці лише незначна кількість людей позбавляються від цього розладу, відчуваючи при цьому значні труднощі у подальшому житті. Крім того, за даними статистики, близько 20% осіб із гіперактивних ведуть антисоціальний спосіб життя, маючи схильність до надмірного вживання алкоголю і наркотичних речовин та загалом деліквентної поведінки.

Саме тому актуальною та важливою залишається своєчасна діагностика ранніх проявів і причин гіперактивності у дітей, адже, на думку багатьох практикуючих психологів і психотерапевтів, корекція гіперактивності в дитячому віці є більш ефективною.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Дослідженням різних аспектів проблеми гіперактивності у свій час займалися чимало зарубіжних і вітчизняних учених (Л. Алексеева, Р. Барклі, П. Бейкер, П. Бонкур, І. Брязгунов, Ю. Домбровська, Є. Касатікова, С. Клеменс, О. Корнєв, М. Меданос, В. Оклендер, А. Радаєв, Д. Фарбер, Ж. Філіп, Ю. Шевченко, Л. Ясюкова та ін.).

Так, С. Клеменс [1] розглядав гіперактивність як захворювання, що супроводжується порушенням поведінки у поєднанні з мінімальними відхиленнями у центральній нервовій системі. При цьому вчений стверджував про поєднання середнього рівня інтелекту та незначних порушень контролю уваги, рухової активності, пам'яті та мовлення.

Існує думка, що до дитячої гіперактивності призводить приналежність дитини до сім'ї з неблагополучним економічним становищем, асоціальним способом життя [3].

В. Оклендер [6] гіперактивними називав дітей метушливих, рухливих, надмірно балакучих, яким важко всидіти на місці. Такі діти часто дратують манерою своєї поведінки, у них погано розвинена координація, недостатній м'язовий контроль. Також їм складно концентрувати свою увагу, вони часто відволікаються, ставлять безліч запитань, не чекаючи на них відповіді.

П. Бейкер і М. Меданос [6] умовно розділили ознаки гіперактивності на три основні блоки (дефіцит активної уваги; рухове розгальмування; імпульсивність), в яких згрупували критерії гіперактивної поведінки.

Чимало вчених інтерпретують гіперактивність, що зустрічається в дитячому віці, як сукупність симптомів, пов'язаних із надмірною психічною та моторною активністю. Синдромом дефіциту уваги та гіперактивності вважають дисфункцію центральної нервової системи, що виявляється у складності концентрації та підтримки уваги, порушенні навчання і пам'яті та складності обробки екзогенної й ендогенної інформації.

До зовнішніх проявів гіперактивності відносять неуважність, відволікання, імпульсивність, підвищену рухову активність. Часто гіперактивність супроводжують проблеми у взаєминах із оточуючими, труднощі у навчанні, низька самооцінка. При цьому рівень інтелектуального розвитку у дітей не залежить від ступеня гіперактивності і може перевищувати

показники вікової норми. Перші прояви гіперактивності спостерігаються у віці до 7 років і частіше зустрічаються у хлопчиків, аніж у дівчаток.

Існує думка, що даний розлад є однією із форм мінімальних мозкових дисфункцій та характеризується патологічно низькими показниками уваги, пам'яті, слабкістю розумових процесів у цілому при нормальному рівні інтелекту. При цьому довільна регуляція розвинена слабо, працездатність на заняттях низька, стомлюваність підвищена. Також поруч із підвищеною імпульсивністю та збудливістю відзначаються тривожність, реакції негативізму та агресивність. На початку систематичного навчання у таких дітей виникають труднощі в освоєнні письма, здатності читати та рахувати. На тлі навчальних труднощів та відставання у розвитку соціальних навичок виникає шкільна дезадаптація і різні невротичні розлади.

Доволі часто гіперактивність плутають із активними та рухливими типами темпераменту (зокрема холеричним), проте між досліджуваним нами явищем та проявом темпераменту все ж існує відмінність, яка полягає в тому, що гіперактивність не є рисою характеру дитини, а виступає наслідком порушень психічного розвитку дітей. Останній може протікати доволі складно, що згодом призводить до виникнення гіперактивності. Такі діти з самих перших днів життя можуть мати підвищений м'язовий тонус, погано сплять, швидко звільняються від пелюшок і будь-якого одягу, який стримує їхні рухи, їх дуже важко заспокоїти. Із раннього дитинства можна спостерігати різні спазматичні реакції, що характеризують ознаки розладів нервової системи.

Упродовж першого року життя гіперактивні діти мало і погано сплять, важко засинають, голосно плачуть, легко збуджуються. У період із 1,5 до 2 років перестають спати вдень. Рухові навички таких дітей формуються набагато швидше, ніж у їхніх однолітків, а от становлення мови дещо відтягнуте у термінах. У старших дітей (2-4 роки) з'являється диспраксія, так звана незграбність – їм важко зосередитися на будь-чому, навіть на цікавому для них предметі або явищі [4].

Більшість дослідників схиляються до думки, що ознаки розладу найбільш виражені у віці від 5 до 10 років, тобто в старшому дошкільному і молодшому шкільному віці. Таким чином, пік проявів синдрому припадає на період підготовки до школи і початок навчання [2].

У початковій школі діти із СДУГ не готові до навчання у зв'язку з уповільненням темпів функціонального дозрівання кори і підкіркових структур. Постійні навантаження у школі можуть призвести до зриву компенсаторних механізмів центральної нервової системи та розвитку дезадаптаційного шкільного синдрому, що поглиблюється навчальними труднощами. Тому питання про готовність до школи гіперактивних дітей постає особливо актуально та вимагає вирішення у кожному конкретному випадку психологом, вихователем та лікарем, який спостерігає за дитиною.

Більшість учених схиляються до наявності трьох основних блоків проявів СДУГ: гіперактивності, порушення уваги, імпульсивності.

Поняття «гіперактивність» включає в себе наступні ознаки:

- дитина метушлива, ніколи не сидить спокійно; часто можна бачити, як вона безпричинно рухає кистями рук, стопами, крутиться на стільці, постійно обертається;

- дитина не в змозі довго всидіти на місці, схоплюється без дозволу, ходить по класу тощо;

- рухова активність дитини, як правило, не має певної мети, вона багато бігає, крутиться, дереться, намагається кудись залізти, хоча інколи це буває небезпечно;

- дитина не може гратися в тихі ігри, відпочивати, сидіти тихо і спокійно, займатися чимось конкретним;

- дитина завжди спрямована на рух;

- дитина часто буває балакучою [3].

- Поняття «неуважність» включає наступні ознаки:

- зазвичай дитина не здатна утримувати (зосереджувати) увагу на деталях, а отже, робить помилки при виконанні будь-яких завдань (у дитячому садку, школі);

- дитина не звертає увагу на звернення до неї, через що складається враження, що вона взагалі ігнорує слова та зауваження оточуючих;

- дитина не вміє доводити виконувану роботу до кінця; часто здається, що вона таким чином висловлює свій протест стосовно роботи, яка їй не подобається. Проте дитина просто не в змозі засвоїти правила роботи, передбачені інструкцією, і дотримуватися їх;

- дитина відчуває значні труднощі в процесі організації власної діяльності (не важливо якої – побудувати будинок з кубиків або написати шкільний твір);

- дитина уникає завдань, які вимагають тривалого розумового напруження;

- дитина часто втрачає свої речі, предмети, необхідні в школі і вдома: у дитячому садку ніколи не може знайти свою шапку, в класі – ручку або щоденник;

- дитина легко відволікається на сторонні подразники.

Для того, щоб діагностувати у дитини «неуважність» (дефіцит уваги), у неї має спостерігатися як мінімум шість із перерахованих ознак, які проявляються щонайменше шість місяців і виражені постійно, що не дозволяє дитині адаптуватися в нормальному віковому середовищі [5].

Імпульсивність виражається в тому, що дитина часто діє не подумавши, перебиває інших, може без дозволу встати і вийти з класу. Крім того такі діти не вміють регулювати свої дії і дотримуватися правил, чекати, часто підвищують голос, емоційно лабільні (часта зміна настрою).

Поняття імпульсивності включає в себе наступні ознаки:

- дитина часто відповідає на питання, не замислюючись, не дослухавши їх до кінця, часом просто вигукує відповіді;

- дитина ледве стримується, чекаючи своєї черги, незалежно від ситуації і обставин;

- дитина зазвичай заважає іншим, втручається в розмови, ігри, чіпляється до оточуючих [5].

У хлопчиків 7-12 років ознаки синдрому діагностуються в 2-3 рази частіше, ніж у дівчаток. У підлітків це співвідношення становить 1:1, а у 20-25-річних – із переважанням у дівчат [7].

Практично до підліткового віку у більшості випадків підвищена рухова активність зникає, а імпульсивність і дефіцит уваги зберігаються. За результатами дослідження М. Заваденко, поведінкові порушення зберігаються майже у 70% підлітків і 50% дорослих, які мали в дитинстві діагноз дефіциту уваги.

Характерною рисою розумової діяльності гіперактивних дітей є циклічність. Діти можуть продуктивно працювати 5-15 хвилин, потім 3-7 хвилин мозок відпочиває, накопичуючи енергію для наступного циклу. У цей момент дитина відволікається і не реагує на вчителя. Потім розумова діяльність відновлюється і дитина знову готова до роботи протягом 5-15 хвилин. Діти з СДУГ мають «мерехтливу» свідомість, можуть «впадати» і «випадати» з неї, особливо за відсутності рухової стимуляції. При пошкодженні вестибулярного апарату їм необхідно рухатися, крутитися і постійно крутити головою, аби залишатися «у свідомості». Для того, щоб зберегти концентрацію уваги, такі діти застосовують адаптивну стратегію: вони активізують центри рівноваги за допомогою рухової активності. Наприклад, відхиляючись на стільці назад так, що підлоги торкаються тільки його задні ніжки. Учитель вимагає, щоб учні «сіли прямо і не відволікалися». Але для таких дітей ці дві вимоги неприпустимі. Якщо їх голова і тіло нерухомі, знижується рівень активності мозку [9].

У переважній більшості випадків ознаки синдрому дефіциту уваги і гіперактивності поступово послаблюються до середини підліткового віку, (в 14-15 років). Проте чекати природного зникнення гіперактивності, не вживаючи відповідних заходів, не варто, оскільки даний розлад, будучи проміжною психічною патологією, може породжувати складні форми соціальної дезадаптації, впливаючи на все подальше життя індивіда.

Небезпека прояву СДУГ у підлітковому віці виявляється також у тому, що гіперактивна дитина, отримуючи більше свободи паралельно із послабленням батьківського контролю, починає задовольняти притаманну їй пристрасть до постійної зміни вражень на вулиці. Нове середовище, в яке потрапив підліток, абсолютно не цікавиться успішністю, пропонує нові знайомства, першу цигарку та чарку, що може не тільки перерости у наркотичну та алкогольну залежність, але й призвести до членства в асоціальних угрупованнях, схильних до ініціації різноманітних злочинів.

На сьогоднішній день відкритим залишається питання етіології та патогенезу СДУГ. Чимало фахівців вважають, що на виникнення та протікання даного синдрому впливають ряд факторів. Зупинимося на окремих із них детальніше.

Перинатальна патологія. Вважається що виникнення СДУГ сприяють асфіксії новонародженого, ускладнення під час вагітності матері, анемія

вагітних, загроза переривання вагітності, переношеність чи недоношеність плоду, мала вага при народженні, вживання матер'ю під час вагітності алкоголю, лікарських препаратів, куріння, фізичні та емоційні травми матері під час вагітності. Усе це може зумовити ризик появи поведінкових проблем, труднощів у навчанні і порушення емоційного стану, підвищену активність.

Отже, важлива роль у формуванні синдрому гіперактивності належить раннім пошкодженням центральної нервової системи в період вагітності та пологів (84% випадків) і соціально-психологічним факторам (63%).

До *соціальних факторів* належать послідовність і систематичність виховних впливів, а також мікросоціальне середовище дитини, тобто її сім'я. Остання, визначаючи емоційний зв'язок дитини із матер'ю, закріплює, а іноді й провокує виникнення гіперактивності як певного способу взаємодії малюка зі світом. Саме незадоволеність дитини спілкуванням із батьками є причиною негативної поведінки, оскільки дорослий для дитини, як правило, є центром її емоційного життя: відносин, спілкування, задоволення потреб, контактів з іншими людьми.

Нерідко мами гіперактивних дітей не витримують їх надмірної бурхливої емоційності і рухливості та вдаються до різних погроз «позбавлення любові», маніпулюючи таким чином почуттями дитини і створюючи основу для виникнення тривоги, неспокою, страху і тим самим закріплюючи стан гіперактивності.

Генетичний фактор. У сім'ях дітей із СДУГ дуже часто зустрічаються близькі родичі з порушеннями уваги, що мали аналогічні труднощі в дитинстві.

Існує думка, що гіперактивність є вродженою характеристикою нарівні з темпераментом, біохімічними параметрами, низькою реактивністю центральної нервової системи. Низька збудливість центральної нервової системи пояснюється порушенням у ретикулярній формації стовбура мозку, інгібіторів кори мозку, яке викликає рухове розгальмування [7].

Вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища. Збільшення вмісту свинцю у навколишньому середовищі, що провокується значними викидами автотранспорту, може бути причиною появи поведінкових порушень у дітей. Як свідчать окремі дослідження, значне збільшення рівня свинцю в крові дітей може призводити до виникнення проблем з боку нервово-психічного розвитку, порушення поведінкових реакцій, уваги, рухової активності, а також до зниження коефіцієнта інтелекту.

Харчові фактори. Існує думка, що одним із факторів розвитку СДУГ є вплив харчових токсинів або алергенів. Досить широку популярність набула концепція, згідно з якою гіперактивність може бути викликана штучними барвниками та природними харчовими саліцилатами. Саліцилати знаходяться в корі, листі рослин і дерев (маслини, жасмин, кава та ін.), а також у незначній кількості – у фруктах (апельсини, суниця, яблука, сливи, вишні, малина, виноград). Однак ці відомості все ж потребують ретельної перевірки.

Учені Великобританії дійшли висновку, що наявність штучних харчових добавок у продуктах харчування може впливати на поведінку дитини та провокувати розвиток у неї СДУГ.

Серед добавок, які призводять до алергії та синдрому гіперактивності, виокремлюють наступні: консервант Е-211 (бензонат натрію, міститься в усіх газованих напоях); барвники Е-124 (понсо 4R), Е-122 (кармуазин), Е-110 (жовтий захід), Е-102 (тартразин) [10].

Означена проблема стала актуальною і в нашій країні у зв'язку зі значним імпортом харчових продуктів, у тому числі і дитячого харчування, що не пройшли належної сертифікації. У випадку, якщо батьки запідозрили будь-який зв'язок між зміною в поведінці дитини і вживанням певного продукту харчування, то його слід виключити з раціону.

Органічні ураження мозку та особливості нейрофізіології і нейроанатомії. Раніше вважалося, що черепно-мозкові травми та нейроінфекції у дітей можуть призводити до виникнення мінімальної мозкової дисфункції з ослабленням уваги, відволіканнями та гіперактивністю. Під мінімальною мозковою дисфункцією розуміють біологічно обумовлену недостатність функцій нервової системи, що призводить до легких розладів поведінки і зниження здатності до навчання. Причинами цієї дисфункції можуть бути перенесені у період внутрішньоутробного розвитку інфекційні захворювання у матері, алкогольна інтоксикація в пізні терміни вагітності. Загрозу також становлять травми під час пологів, захворювання протягом перших трьох років життя. У результаті цих негативних впливів можуть відбуватися локальні ураження мозку в кіркових або підкіркових відділах.

Незалежно від того, який із вищеперерахованих факторів спричинив наявність СДУГ, важливою є вчасна та комплексна терапія, спрямована на зменшення порушень поведінки дитини та її адаптацію у навчальній діяльності. Перш за все, необхідно створити дитині сприятливий психологічний клімат у всіх соціальних сферах, де вона перебуває. Як правило, лікування є комплексним, а у допомозі дитині задіяні всі, хто займається навчанням і вихованням. Це можуть бути батьки, вчитель чи вихователь, лікар, який спостерігає за дитиною, психолог або психотерапевт. Лише колективна, злагоджена робота цих фахівців може дати бажаний результат.

Основними етапами корекційної роботи є насамперед освітні бесіди з батьками і вчителем (вихователем) дитини, а також із самою дитиною, навчання батьків і вчителів певним поведінковим програмам, розширення соціального кола спілкування дитини через відвідування нею різних гуртків та секцій, спеціальне навчання дитини. У випадку гострої необхідності використовується медикаментозна чи сугестивна терапія (гіпноз), аутогенне тренування [8].

Батькам необхідно змінити тактику виховання і по-новому навчитися спілкуватися і знаходити підхід до власної дитини. Важливо усвідомити, що результат лікування залежить не лише від процедур чи терапії, а й від доброзичливого, спокійного ставлення до дитини, а також від послідовності у вихованні.

За наявності СДУГ у спілкуванні і відносинах з дитиною важливо дотримуватися позитивних установок, спілкуватися якомога стриманіше, підкреслювати успіхи і хвалити дитину, якщо вона цього заслуговує. Все це

потрібно робити для того, аби зміцнити впевненість дитини у власних силах. Також слід пропонувати дитині лише одне завдання на певний час, щоб вона могла його не лише виконувати, а найголовніше – завершити.

Необхідно запровадити чіткій розпорядок дня і щоденно дотримуватися його. Це зробить дитину більш організованою. Також важливо уникати великих скупчень людей, у грі обмежувати дитину лише одним партнером, щоб її увага не відволікалася на інших. Слід давати дитині можливість витратити надлишкову енергію, заохочуючи її до всіх видів діяльності, особливо тих, що вимагають концентрації уваги. Проте в жодному разі не обтяжувати її, уникати перевтоми, оскільки вона призводить до зниження самоконтролю і наростання гіперактивності. Вищеперераховані заходи, звичайно, не стримуватимуть надмірної активності гіперактивної дитини, проте допоможуть певною мірою її контролювати.

Завдання психолога полягають у тому, щоб надати вчителю або вихователю всю необхідну інформацію про природу гіперактивності, особливості поведінки таких дітей та специфіку взаємодії з ними дорослих. Важливо пам'ятати, що в роботі з гіперактивною дитиною вчитель або вихователь повинен дотримуватися особистісного підходу у навчанні та вихованні.

Створення сприятливої атмосфери взаємодії надасть можливість учню, у разі потреби, звернутися до вчителя. В жодному випадку не слід виокремлювати дитину, не надавати їй у класі статус «особливої». Іноді гіперактивна дитина надміру прагне уваги та всіляко намагається її до себе привернути. У даному випадку деякі її вчинки доцільно ігнорувати.

Гіперактивним дітям варто давати для виконання одне завдання, а якщо воно складне – розбити на частини. Слід постійно контролювати хід його виконання, за необхідності вносити корективи. По завершенні виконання завдання важливо заохотити дитину, похвалити її чи оцінити позитивним відгуком. Рекомендується також давати дитині можливість фізичного розвантаження, при цьому по можливості включати у цей процес увесь клас. На перервах таких дітей можна залучати до якихось спортивних вправ або ігор.

Висновок. У нашій статті ми спробували розкрити проблему синдрому дефіциту уваги і гіперактивності СДУГ, виокремивши причини виникнення розладу, його основні ознаки та особливості протікання у різні вікові періоди, а також надати ряд рекомендацій щодо ефективної взаємодії з гіперактивними дітьми, підходів до їх навчання і виховання.

Проблема дитячої гіперактивності цікавить дослідників вже давно, проте у зв'язку зі зростанням кількості гіперактивних дітей вона особливо актуально постає у сучасному психолого-педагогічному просторі. Під гіперактивністю розуміють сукупність симптомів, пов'язаних із надмірною психічною та моторною активністю. При дослідженні причин гіперактивності вчені висувають різні версії, проте майже всі одноставні в думці, що у кожній дитини свої особливості протікання гіперактивності і фактори, що до неї призводять. Тому, перш ніж розробляти відповідні корекційні програми, варто провести комплексне діагностування проявів і причин гіперактивної поведінки.

У корекційній роботі важлива участь і злагоджена робота психолога, лікаря, педагога та батьків гіперактивної дитини, оскільки лише комплексне лікування та діяльність усіх перерахованих вище підструктур здатна допомогти дитині та її родині у вирішенні означеної проблеми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бреслав Г. М. Уровни активности учения школьников и этапы формирования личности / Г. М. Бреслав // Формирование активности учащихся и студентов в коллективе. – Рига, 1989. – 99 с.
2. Брызгунов И. П. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях / И. П. Брызгунов, Е. В. Касатикова. – М. : Институт психотерапии, 2001. – 96 с.
3. Брызгунов И. П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики, лечения, профилактики и прогноза) / И. П. Брызгунов, В. Р. Кучма. – М., 1994. – 49 с.
4. Дробинский А. О. Синдром гиперактивности с дефицитом внимания / А. О. Дробинский // Дефектология. – 1999. – № 1. – С. 31-36.
5. Заваденко Н. Н. Диагноз и дифференциальный диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей / Н. Н. Заваденко // Школьный психолог. – 2000. – № 4. – С. 2-6.
6. Лютова Е. К. Шпаргалки для взрослых: психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными и аутичными детьми / Е. К. Лютова, Г. Б. Моница. – М. : Генезис, 2000. – 192с.
7. Моница Г. Работа с "особым" ребенком / Г. Моница, Е. Лютова // Первое сентября. – 2000. – № 10. – С. 7-8.
8. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. И. Политика. – СПб. : Речь, 2005. – 208 с.
9. Шевченко Ю. С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом / Ю. С. Шевченко. – Самара, 1997. – 58 с.
10. Синдром гиперактивности у детей и вредные пищевые добавки [Электронный ресурс]. – Режим доступа : // <http://falsifikat.net/iskusstvennye-pishhevye-dobavki/sindrom-giperaktivnosti-u-detej-i-vrednye-pishhevye-dobavki.html>.

Дата надходження до редакції: 29.05.2013 р.