

## ФЕНОМЕН ГІПЕРАКТИВНОСТІ В ДОШКІЛЬНИКІВ: ОЗНАКИ ТА ПРИЧИНИ

*Стаття присвячена проблемі психологічного змісту гіперактивності як розладу поведінки в дітей дошкільного віку. На основі аналізу досліджень зарубіжних і вітчизняних фахівців різних галузей зроблено спробу узагальнити й конкретизувати сутність поняття «гіперактивність» і визначити етіологію розвитку синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ).*

**Ключові слова:** *гіперактивність, мінімальні мозкові дисфункції (ММД), синдром дефіциту уваги з гіперактивністю (СДУГ), розлади поведінки.*

*The article focuses on the psychological content of hyperactivity as a behavioral disorder among preschool children. On the basis of studies by foreign and native specialists in various fields, we attempted to generalize and specify the essence of «hyperactivity» and determine the etiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD).*

**Key words:** *hyperactivity, minimal brain dysfunctions (MBD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), conduct disorders.*

У сучасному суспільстві виховання здорової, активної, соціально адаптованої людини пов'язане із завданнями розбудови української держави. Гостро постає потреба розробки нових методологічних підходів і практичних засобів, покликаних підвищити ефективність виховання та навчання дітей дошкільного віку. Значущість роботи з дошкільниками зумовлюється тим, що в цьому віці велике значення на формування особистості дитини мають генетичні, біологічні та соціальні фактори, дія яких іноді значним чином заважає процесам цілеспрямованої соціалізації.

Актуальним проблемним фактором розвитку сучасної дитини є синдром гіперактивності, який, за даними Міністерства охорони здоров'я України, притаманний сьогодні від 50 до 150 тис. дітей дошкільного віку. Такі діти провокують конфліктну, напружену обстановку в родині й у дитячих колективах, можуть стати причиною травмування себе або своїх однолітків. Вони погіршують соціально-психологічний клімат у групах, стають активним джерелом нервозності, викликають глибоке занепокоєння батьків та вихователів. Несвоєчасність лікування і недостатній психолого-педагогічний вплив на таких дітей призводить до того, що вони виростають зі значними психологічними травмами, фобіями, тривожними розладами, мають численні комплекси неповноцінності, низьку здатність до успішної соціальної адаптації.

Вивчення ознак і причин гіперактивності проводиться фахівцями в галузі медицини, психології та педагогіки. Науковці й дослідники кожної галузі подають своє бачення та обґрунтування цієї проблеми, пропонують свої шляхи для її розв'язання.

**Мета** публікації полягає в конкретизації сутності й змісту поняття «гіперактивність» шляхом аналізу й узагальнення емпіричних та теоретичних досліджень вітчизняних і зарубіжних науковців.

На цей час гіперактивність (hyperactivity) вважають досить розповсюдженою проблемою у віковому розвитку дітей, головним чином, дошкільників. На думку багатьох дослідників, витoki гіперактивності дітей лежать саме в ранньому дитинстві.

Зокрема, О.М.Тохтамиш вважає, що починати діагностику слід із чотирьох років, коли в дітей можна ідентифікувати перші ознаки гіперактивної поведінки, перш за все в психомоторній сфері: недостатній розвиток тонкої моторики, труднощі при виконанні дій, що вимагають автоматизму й координації рухів [12, с.155]. Корекція і компенсація цієї деформації в дошкільному віці вимагають значних зусиль, але є вкрай необхідними для підготовки такої дитини для подальшого навчання в школі й соціальної адаптації в цілому.

Для початку варто з'ясувати, як трактується поняття гіперактивності в психології та педагогіці. У психологічній літературі дається таке визначення: «Гіперактивність – це порушення, викликане мінімальною мозковою дисфункцією, яке характеризується надмірною активністю, дефектами концентрації уваги, імпульсивністю в соціальній поведінці та інтелектуальній діяльності, проблемами у взаєминах з оточуючими, труднощами навчання в школі, слабкою успішністю і низькою самооцінкою» [11].

У педагогічній літературі під гіперактивністю розуміється «комплексне порушення поведінки, що виявляється в недоречній надмірній руховій активності, дефектах концентрації уваги, нездатності до організованої, цілеспрямованої діяльності» [3].

Проблематика гіперактивності дітей хвилювала лікарів і педагогів із середини ХІХ століття. У 1845 р. німецький лікар Г.Хоффман у поетичній формі описав одну надзвичайно рухливу дитину, давши їй прізвисько «Непосидько Філіп». У кінці ХІХ століття Ф.Шульц видає книгу «Недоліки в характері дитини. Друга золота книжка». У ній він досліджує групу дітей, яких, у результаті, називає «неспокійними, важкими» дітьми. За словами автора, подібна дитина від інших відрізняється тим, що рухливість у неї розповсюджується переважно на весь організм. «Руки і ноги знаходяться в неспокійному довільному русі, але дані рухи ці діти виконують не твердо і впевнено, а, навпаки, вони надмірно «кидаються» в усі сторони і своєю незграбністю лише ускладнюють справу».

Предметом пильного вивчення лікарів це захворювання стало з початку ХХ століття. У 1902 р. у журналі «Ланцет» з'явилася лекція англійського лікаря Дж.Штиля, який пов'язував гіперактивність з біологічною основою, а не з поганим вихованням, що негласно передбачалося в ті часи. Разом з тим він вважав, що в таких дітей зниження «вольового гальмування» відбувається через недостатній «моральний контроль». Він припустив, що така поведінка була результатом спадкової патології або родових травм. Дж.Штиль першим відзначив переважання цього захворювання серед хлопчиків, а також його залежність від антисоціальної і кримінальної поведінки, від схильності до депресії й алкоголізму.

Повідомлення про велику кількість дітей, що поведуться «дивним чином», стали з'являтися після епідемії енцефаліту в першій половині ХХ сто-

ліття, що, імовірно, примусило пильніше вивчати зв'язок поведінки дитини з функціями її мозку (Е.Бонд, Дж.Партридж, 1926). З того часу гіперактивність у дітей почали тісно пов'язувати з пошкодженням мозку. У середині ХХ століття більшого поширення набув термін «гіпердинамічний синдром», походження якого пов'язують з віддаленими наслідками ранніх органічних уражень головного мозку. Так, П.Левін (1938) обстежив 279 гіперактивних дітей і дійшов висновку, що важкі форми рухового занепокоєння зумовлені органічним ураженням мозку, а у виникненні легких форм велику роль виконує порушення стосунків із батьками. Левін дослідив, що ураження лобових часток головного мозку в приматів призводить до гіперактивності. Він зробив висновок, що наявність цих симптомів у людини може вказувати на вже існуюче порушення функціонування мозку.

У 1947 р. Е.Штраус висунув концепцію мінімального пошкодження мозку (*minimal brain damage*), згідно з якою ознаки гіперактивності в дітей нагадують наслідки черепно-мозкової травми в дорослих. Надалі в англо-американській літературі з'являється термін «мінімальна мозкова дисфункція» – «ММД» (*minimal brain dysfunction*) (П.Вендер, 1971). До цієї категорії відносять дітей з проблемами в навчанні або поведінці, розладами уваги. Такі діти мають нормальний рівень інтелекту, проте наявні легкі неврологічні порушення, які не виявляються при стандартному неврологічному дослідженні.

Для уточнення меж цієї патології в США була створена спеціальна комісія, що запропонувала таке визначення мінімальної мозкової дисфункції: указаний термін повинен застосовуватися до дітей із середнім рівнем інтелекту, з порушеннями в навчанні і/або в поведінці, які поєднуються з патологією центральної нервової системи (С.Клементс, 1966). Значна неоднорідність цієї клінічної групи привела пізніше до її розділення на дві діагностичні категорії: 1) діти з порушенням активності й уваги; 2) діти зі специфічними розладами в навчанні (*specific learning disability*). Для останньої групи характерними вважаються такі розлади: дисграфія (неправильне написання елементів букв, «дзеркальне письмо», недописані літери), дислексія (розлад читання), дискалькулія (розлад рахунку), а також змішаний розлад пізнавальних навичок. У 1980 р. у класифікації DSM-III з'явилися терміни «синдром дефіциту уваги» – *Attention Deficit Disorder (ADD)* і його різновид «синдром дефіциту уваги з гіперактивністю» – *Attention Deficit with Hyperactivity Disorder (ADD+H)*. У пізнішій редакції тієї ж класифікації (1987) почав використовуватися термін «синдром порушення уваги з гіперактивністю» у своєму нинішньому вигляді – *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* [11].

Результати різних досліджень говорять про істотну поширеність цього захворювання. Так, дослідження шведського вченого С.Джилберга (1983) свідчать про наявність СДУГ у 2,2% дітей 6–7-річного віку. Це один з найнижчих показників. Дослідження Л.Гольдмана й М.Дженела (1998) показують, що СДУГ страждають від 3 до 6% дітей шкільного віку. За даними Е.Тейлор (1991), 17% дітей, які мешкають у Лондоні, мають ознаки СДУГ. Про високі цифри розповсюдження захворювання в популяції свідчать і результати, наведені американським дослідником М.Вольрайхом (1997). За цими даними, у

16% школярів зі штату Теннессі простежуються ознаки СДУГ. В Україні теж спостерігається тенденція до зростання кількості гіперактивних дітей.

Результати досліджень Дж.Августа й Р.Берклі (1998) доводять, що вказаний синдром у 3–4 рази частіше зустрічається в осіб чоловічої статі. Відносне переважання СДУГ серед хлопчиків науковці пояснюють низкою причин: впливом генетичних чинників; більш високою вразливістю великих півкуль мозку в хлопчиків порівняно з дівчатками, що зумовлює менший резерв компенсаторних можливостей (О.М.Корнев, 1995). Окрім цього, у хлопчиків СДУГ реєструють частіше внаслідок їх агресивної поведінки, а в дівчаток неухважність набагато рідше супроводжується деструктивною поведінкою.

Слід зазначити, СДУГ зустрічається в дітей усіх соціально-економічних груп. При цьому ряд авторів відзначає, що частіше СДУГ фіксується в дітей з малозабезпечених сімей (Р.Трайтес, 1979; П.Жатмарі, 1992). Цей факт можна пояснити тим, що соціальні чинники частіше викликають супутні поведінкові проблеми кримінального характеру. Також СДУГ більше поширений у регіонах з підвищеною густиною населення (Р.Берклі, 1998).

Для прояснення сутності феномену гіперактивності треба визначити ознаки цього розладу. Американський психолог В.Оклендер дає таку загальну характеристику гіперактивним дітям: «Гіперактивній дитині важко сидіти, вона метушлива, багато рухається, крутиться на місці, іноді надмірно говірка, може дратувати манерою своєї поведінки. Часто в неї погана координація рухів або недостатній м'язовий контроль. Вона незграбна, кидає або ламає речі, розливає молоко. Такій дитині важко концентрувати свою увагу, вона легко відволікається, часто задає безліч питань, але рідко чекає відповідей» [8, с.14].

Клінічні прояви захворювання визначаються трьома основними симптомо-комплексами: неуважністю, підвищеною активністю (гіперактивністю) та імпульсивністю.

Під неуважністю більшість науковців розуміє підвищений рівень відволікання і зниження концентрації уваги. Згідно з О.Р.Лурією, увага є чинником, що «забезпечує вибірковість і спрямованість психічних процесів. Довготривала (безперервна) увага – це здатність підтримувати зосередженість протягом довгого часу. Довільна увага проявляється в здатності зосереджуватися на необхідних стимулах і не відволікатися на перешкоди (сторонні стимули)» [7, с.68]. У дітей із СДУГ слабозвинута довільна увага, що виявляється в неможливості тривалого виконання нецікавого завдання. Окрім цього, дефіцит довільної уваги є причиною підвищеного рівня відволікання на сторонні стимули, особливо якщо вони яскраві й цікаві. При цьому, за даними Е.Тейлора (1991), обсяг уваги в дітей із СДУГ не нижчий, ніж у їх здорових однолітків.

Гіперактивність у дітей із СДУГ визначається як підвищена рухова (моторна) активність. На відміну від просто енергійних дітей, активність у дітей із СДУГ має безцільний характер. І.Л.Арцишевська виокремлює сім ознак гіперактивності в дітей дошкільного віку: постійна рухова активність; порушення уваги; емоційна лабільність; нездатність виконувати завдання до кінця; запальність; нетерпимість до стресу; імпульсивність [1]. Активність взагалі є

рисую, що притаманна дитячому віку. Проте, на думку І.Л.Арцишевської, гіперактивність передбачає наявність декількох специфічних рис (табл. 1).

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика активних і гіперактивних дітей**

<b>Активна дитина</b>	<b>Ознаки гіперактивності</b>
Більшу частину дня не «сидить на місці», віддає перевагу рухливим іграм, а не пасивним (пазли, конструктор), але якщо її зацікавити, вона може читати книжки з дорослими, збирати пазли.	Перебуває в постійному русі й просто не може себе контролювати, тобто навіть якщо така дитина втомилася, вона продовжує рухатися, а вибившись із сил, плаче, доводить себе до істерики.
Швидко й багато говорить, задає нескінченну кількість запитань.	Швидко й багато говорить, ковтає слова, перебиває, не дослуховуючи. Задає багато запитань, але рідко чекає відповіді на них.
Порушення сну й травлення (кишкові розлади) для такої дитини є винятком.	Її неможливо покласти спати, а якщо вона спить, то уривками, неспокійно. У неї часто трапляються кишкові розлади, різні алергічні реакції.
Дитина активна не скрізь. Наприклад, неспокійна й непосидюча вдома, може бути спокійною в дитячому садку чи в гостях у малознайомих людей.	Дитина некерована. Вона абсолютно не реагує на заборони й обмеження. У будь-яких умовах (вдома, у гостях, на прогулянці) поводить себе однаково активно.
Дитина неагресивна. Тобто іноді трапляються в неї конфлікти з однолітками, але вона сама рідко провокує скандал.	Часто провокує конфлікти. Не контролює свою агресію – б'ється, кусається, штовхається, при цьому пускає в хід підручні засоби: палиці, каміння.

Імпульсивність, як складову ознаку СДУГ, установлюють через неможливість керувати своїми імпульсами. Виділяють когнітивну імпульсивність (відображає поспішне мислення) і поведінкову імпульсивність (відображає труднощі стримування реакцій) (Е.Меш, Д.Вольф, 2003). Імпульсивні діти не можуть дочекатися своєї черги під час гри. У навчальній ситуації в таких дітей спостерігається «імпульсивний стиль діяльності»: вони викрикують, не відповідають на питання повністю, перебивають інших (К.Квашнер, 2001). Через імпульсивність діти часто потрапляють у небезпечні ситуації, їм не властиво замислюватися про наслідки.

Підвищена активність у цей період може бути варіантом нормального розвитку й зумовлюватися темпераментом або жорсткими вимогами дорослих. На порушення вказують тяжкість і хронічний характер проблемної поведінки. У важких випадках надмірна рухова активність набуває ознак розгальмо-

ваності. Окрім цього, у таких дітей часто зустрічаються мінімальна статико-моторна недостатність, диспраксія – так звана «незграбність» [4, с.77].

Гіперактивність іноді поєднується з низкою супутніх симптомів: розладом поведінки, тривожністю, фобіями, нервовим тиком (тикозний гіперкінез).

Розлад поведінки (РП) (conduct disorder) визначається наявністю агресивних і антисоціальних вчинків. Вважається, що в дитячому віці розлади поведінки в 3–4 рази частіше зустрічаються в хлопчиків, ніж у дівчаток. Окрім цього, М.М.Заваденко вказує на те, що зазначена патологія в хлопчиків виникає раніше й вирізняється більшою стійкістю [6, с.23].

Поєднання тривожних розладів з гіперактивністю спостерігається приблизно у 25% випадків. Однак результати досліджень, проведених О.В.Лапшиною (2006), показали, що 53% дітей із СДУГ характеризуються ознаками тривожних розладів. Найчастіше фіксувалися генералізовані тривожні розлади й тривожно-фобічні розлади дитячого віку. Діти із цією патологією скаржаться на різноманітні страхи, виникають труднощі й у міжособистісному спілкуванні – з батьками, учителями, однолітками. Ці утруднення можуть призвести до формування заниженої самооцінки, відчуття «власної неповноцінності», що посилюються за наявності коморбідних тривожних розладів [6, с.69].

За загальним інтелектуальним розвитком діти із СДУГ знаходяться на рівні норми або субнорми, але при цьому зазнають значних труднощів у навчанні й соціальній адаптації. Психолог І.М.Петрюк описує це так: «Ніякі спроби напоумлення на гіпердинамічних дітей, як правило, не діють. У них усе нормально з пам'яттю і розумінням мови. Просто вони не можуть утриматися від здійснення якої-небудь дії. Зробивши чергову каверзу або руйнівне діяння, гіпердинамічна дитина сама щиро засмучена й абсолютно не розуміє, як це вийшло» [9, с.530].

У виникненні СДУГ істотне значення мають причини, які можна об'єднати в три великі групи: генетичні механізми, органічне пошкодження головного мозку, соціально-психологічні чинники. Усі ці причини, здебільшого, проявляються у взаємодії між собою.

На генетичні чинники впливу вказують спостереження за близнюками. Наявність в обох із них гіперактивної поведінки дозволяє припустити вплив генетичних механізмів на етіологію захворювання (Дж.Джилліс, 1992; С.Сандберг, 1996; Е.Леві, 1998; Дж.Квуйст, 2003).

Значну роль у появі СДУГ відіграють несприятливі умови перебігу періоду вагітності й пологів. Шведський автор С.Джилберг (1983) відзначив, що в дітей немолодих матерів, які вперше народжують, такі ознаки, як порушення уваги та статико-моторна недостатність, зустрічаються в 5 разів частіше порівняно з дітьми молодих матерів. У деяких наукових працях підкреслюється актуальність аліментарного чинника – недоїдання вагітної жінки й дитини в ранньому віці (Дж.Бідерман, С.Фараоне, 1990). Також є докази підвищеного ризику розвитку СДУГ у дітей, що народилися з недостатньою вагою або в недоношених дітей (Дж.Глетчер, 1997; Р.Берклі, 1998).

Аналізуючи анамнестичні дані в дітей із СДУГ, М.М.Заваденко й співавтори (2005) виявили у 84% випадків порушення перебігу вагітності або

пологів. Особливо часто зустрічалися порушення перебігу вагітності, що зумовили хронічну внутрішньоутробну гіпоксію плоду (нестача кисню), до якої особливо чутливий мозок, що розвивається. Також важливе місце серед причин появи СДУГ мали токсикоз і загроза переривання вагітності. Р.Браун (1991) звертає увагу на великий відсоток матерів, що вживали алкоголь під час вагітності, серед батьків дітей із СДУГ порівняно з контрольною групою.

При вивченні нейрофізіологічних змін у дітей із СДУГ виділяють таке поняття, як виконавська дисфункція або дисфункція контролюючої поведінки (executive dysfunction), яка спостерігається на фоні функціональної незрілості головного мозку й проявляється в недостатній активності гальмуючих структур (Р.Берклі, 1997; Дж.Ніг, 2002). Гальмуюча поведінка або затримка моторної реакції забезпечує розвиток таких виконавських функцій:

- оперативної пам'яті, яка дозволяє утримувати поточну інформацію, порівнювати її з минулими подіями й планованими майбутніми діями (передбачення – антиципація);
- саморегуляції афекту – здатності контролювати прояви емоцій, почуттів;
- внутрішньої мови;
- відтворення, аналізу поведінки, креативності [8].

Результатом розвитку виконавських функцій є становлення моторного контролю і цілеспрямованої адаптивної поведінки. Поведінкове гальмування складається з трьох взаємопов'язаних механізмів: гальмування домінуючої реакції, гальмування поточної реакції, контроль за відволіканням на перешкоди. Р.Берклі (1998) вважає, що основним механізмом розвитку СДУГ є порушення гальмуючої поведінки [8].

Слід підкреслити, що несприятливі психологічні й соціальні чинники можуть закріплювати клінічні прояви СДУГ і підсилювати дезадаптацію дітей. Так, вплив негативних сімейних чинників був виявлений у 63% випадків при обстеженні дітей із СДУГ (М.М.Заваденко, 2005) [6].

А.О.Єськова (2001) виокремила низку соціально-психологічних факторів, які мають вплив на виникнення і розвиток мінімальних мозкових дисфункцій, а отже, можуть бути непрямими причинами СДУГ: невідповідність батьків до сімейного життя, напруженість і часті конфлікти в сім'ї, упередженість і нетерпимість до дітей. Підсилюючий несприятливий ефект мають такі чинники, як низький матеріальний рівень сім'ї, зловживання алкоголем членів сім'ї, використання фізичних методів покарання [5].

Наведені вище фактори можуть підсилювати прояви розладу (СДУГ), що виникли в результаті спадкової патології або пошкоджень головного мозку в пренатальному періоді. Деякі дослідники вказують і на вплив факторів навколишнього середовища: природних, біологічних і хімічних чинників. Наприклад, М.М.Заваденко відзначає можливість негативного впливу на вагітну жінку таких факторів: токсинів (свинець), радіації, побутового люмінесцентного освітлення, харчових добавок, паління тощо [6, с. 42].

**Висновки.** Опираючись на проведений аналіз досліджень, слід підкреслити, що головною, але не єдиною, причиною виникнення в дітей гіперактивності можуть бути мінімальні мозкові дисфункції (ММД) – відносно малий

ступінь ураження центральної нервової системи. При ММД затримуються темпи розвитку функціональних систем мозку, що забезпечують роботу складних інтегративних функцій (мовлення, увага, пам'ять, сприймання). СДУГ також супроводжується загальними порушеннями процесів самоконтролю і гальмування на вищому рівні регуляції психічної діяльності.

Нейропсихологічні, психологічні та психолого-педагогічні підходи, як правило, ідентифікують зазначений розлад у концептуальних рамках окремих наук. Проте сучасні дослідники наполягають на тому, що особливо важливим при діагностиці СДУГ є мультидисциплінарне обстеження.

У більшості досліджень гіперактивність розглядається у вигляді низки симптомів, серед яких найчастіше зустрічаються різні варіанти поєднання трьох із них: надлишку рухової активності, порушення емоційної поведінки й дефіциту уваги. Різне співвідношення цих симптомів і деяких додаткових ознак дозволяє припустити різні варіанти гіперактивності, відповідно до яких і повинна будуватися диференційована робота.

Висвітлення гіперактивності в психологічній літературі йде в напрямі конкретизації поняття «гіперактивність» і її основних складових. Проте й сьогодні актуальними завданнями для науковців і практиків залишаються: виявлення динаміки різних форм гіперактивної поведінки; з'ясування причин, що лежать в основі цього явища; пошук шляхів психологічної корекції занижених регулятивних можливостей психіки в гіперактивних дітей.

Отже, етіологія розладу СДУГ залишається не вивченою до кінця, клінічні й емпіричні обґрунтування є в різних гіпотез. Рівнозначне право на існування мають гіпотези генетичного, органічного, психологічного та соціального походження. Більшість авторів психологічних теорій указують на необхідність розробки нових психокорекційних методик, особливих підходів до виховання і навчання дітей з гіперактивною поведінкою.

1. Арцишевская И. Л. Работа психолога с гиперактивными детьми в детском саду / И. Л. Арцишевская. – М. : Книголюб, 2003. – 55 с.
2. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник / С. У. Гончаренко. – К. : Либідь, 1997. – 374 с.
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / [А. В. Грибанов, Т. В. Волокитина, Е. А. Гусева, Д. Н. Подоплекин]. – М. : Акад. проект, 2004. – 243 с.
4. Гуцало Е. У. Психологічна допомога гіперактивним дітям / Е. У. Гуцало // Актуальні проблеми практичної психології. – Херсон, 2006. – С. 77–80.
5. Єськова А. О. Психологічні особливості виявлення та подолання гіперактивності у дітей старшого дошкільного та молодшого шкільного віку / А. О. Єськова // Гуманізація навчально-виховного процесу. – Слов'янськ, 2006. – Вип. 31. – С. 243–248.
6. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учебное пособие / Н. Н. Заваденко. – М. : Академия, 2005. – 255 с.
7. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии : учебное пособие / А. Р. Лурия. – М. : Академия, 2003. – 381 с.
8. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – М. : Класс, 2005. – 336 с.
9. Петрюк І. М. Гіперактивність та дефіцит уваги в дитячому віці як фактор шкільної дезадаптації / І. М. Петрюк // Міжнародна науково-практична конференція «Транс-



- формація особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін». – Чернівці, 2007. – С. 529–534.
10. Политика О. И. Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / О. И. Политика. – С. Пб., 2005. – 243 с.
  11. Ребер А. Большой толковый психологический словарь : основные термины и понятия по психологии и психиатрии / Артур Ребер. – М. : Вече, 2001. – Т. 2 : П–Я. – 560 с.
  12. Тохтамиш О. М. Дитяча гіперактивність : виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги / О. М. Тохтамиш // Актуальні проблеми психології. – К., 2005. – Т. 1. – Ч. 14. – С. 154–156.