

УДК 159.92

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: КРИТЕРИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

© *Никишина В.Б.*

**Кафедра психологии здоровья и коррекционной психологии
Курского государственного медицинского университета, Курск**

E-mail: ybnikishina@mail.ru

В процедуре эмпирического моделирования основными критериями проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) определены критерии регуляторной разбалансированности свойств внимания, критерии нейропсихологической и неврологической разбалансированности реакций. Совокупная оценка формируется по проявлениям СДВГ (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность) с выделением наиболее выраженного изменения и распределяется в соответствии с диагностическими критериями, представленными в международных классификациях нарушений.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, психодиагностические критерии, нарушение психического развития в детском возрасте.

ATTENTION DEFICIT-HYPERACTIVITY DISORDER: CRITERIAL-DIAGNOSTIC ASPECT

Nikishina V.B.

Department of Health Psychology and Correctional Psychology of Kursk State Medical University, Kursk

Due to the empirical modeling the symptoms the main criteria of attention deficit hyperactivity disorder have been identified as criteria of the regulatory imbalance of attention, the criteria of neuropsychological and neurological imbalance of reactions. The aggregate evaluation is formed according to the manifestations of ADHD (impaired attention, hyperactivity, impulsivity) with the separation of the most expressed disorders and is distributed in accordance with the diagnostic criteria presented in the international classifications of violations.

Keywords: attention deficit-hyperactivity disorder, psychodiagnostic criteria of mental development in children.

Социальный масштаб проблемы психического здоровья детей в Российской Федерации позволяет включать ее в категорию первостепенных в системе демографических, так как и она, в том числе, определяет динамику и содержание явлений депопуляции в нашей стране. Научно-практический контекст, проблемы психического здоровья детей реализуется в следующих смыслах: во-первых, определение критериев и системы оценки распространенности явления, во-вторых, дифференциации и систематизации нарушений психического развития на уровне международных стандартов, и на этом основании построение системы психокоррекционных и реабилитационных стратегий. Обозначенная логика дает возможность формирования обоснованных популяционно-демографических прогнозов в отношении психического здоровья населения страны. Однако очевидность этих смыслов входит в противоречие с социальной реальностью, в которой они преобразуются в причудливые формы. Конкретным примером критериально-диагностических противоречий в системе дифференциации нарушений развития является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), как одно из распространенных видов нарушений психического развития. Сегодня только ленивый не ставит диагноз СДВГ представителям подрастающего поколения,

и как правило, за его постановкой трудно определить объективную систему критерием, а иногда даже просто увидеть таковую.

Симптомы гиперактивности были впервые описаны как расстройство в 1902 году Джоржем Стиллом, полагавшим, что их появление вызвано слабым «тормозящим волеустремлением» и «недостаточным моральным контролем». В 1917–1918 годах в США после эпидемии энцефалита у многих выживших детей появились разнообразные проблемы с поведением (включая раздражительность, нарушение внимания, ослабленный контроль моторики и гиперактивность), симптомы были объединены термином «дети с синдромом повреждения мозга», который связывали с задержкой умственного развития. Данный термин применяли и к детям со сходным поведением, но без признаков повреждения мозга или задержки умственного развития, что привело к использованию в сороковых и пятидесятых годах терминов «минимальное повреждение мозга» и «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). С 1970-х годов к симптомам гиперактивности были добавлены симптомы недостатка (дефицита) внимания и слабого контроля импульсивности. В современном обозначении синдром дефицита внимания вошел в клинико-психологическую практику с 90-х годов XX века.

Клинические и психологические проявления СДВГ в международных классификациях

Проявления	МКБ-10 (1994)	DSM-IV (1994)
Нарушения внимания	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок. 2. С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий. 3. Не слушает обращенную к нему речь. 4. Не может придерживаться инструкций и довести дело до конца. 5. Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий. 6. Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения. 7. Часто теряет свои вещи. 8. Легко отвлекается. 9. Проявляет забывчивость. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Не способен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе. 2. С трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр. 3. Ребенок не слушает обращенную к нему речь. 4. Не придерживается предлагаемых инструкций и не справляется до конца с выполнением заданий (что никак не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание). 5. Сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности. 6. Избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы). 7. Теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, карандаши, книги, рабочие инструменты) 8. Легко отвлекается на посторонние стимулы. 9. Забывчивость в повседневных ситуациях.
Гиперактивность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Часто совершает беспокойные движения руками и ногами, ерзает на месте. 2. Не может усидеть на месте, когда это необходимо. 3. Часто бегает или куда-то забирается, когда это неуместно. 4. Не может тихо, спокойно играть. 5. Чрезмерная бесцельная двигательная активность имеет стойкий характер, на нее не влияют правила и условия ситуации. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится. 2. Встает в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте. 3. Бесцельная двигательная активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо. 4. Не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. 5. Находится в постоянном движении и ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор». 6. Болтлив.
Импульсивность	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отвечает на вопросы, не выслушав до конца и не задумываясь. 2. Не может дожидаться своей очереди. 3. Мешает другим людям, перебивает их. 4. Болтлив и не сдержан в речи. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отвечает на вопросы не задумываясь, не выслушав их до конца. 2. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях. 3. Мешает другим, пристает к окружающим (вмешивается в беседы или игры).

Исследовательская активность в изучении проявлений СДВГ в отечественной реальности сопряжена с рядом противоречий. Первое из них связано с позиционированием данного нарушения в классификационных системах. Так, если в международных классификациях (DSM-IV, МКБ-10) СДВГ выделено самостоятельным синдромом, то в отечественные систематики (ПМПК) оно не включено. Второе противоречие обозначается в связи с попыткой унифицировать критерии диагностики СДВГ по двум основным международным классификациям: DSM-IV и МКБ-10. Принципиальных различий в подходах обозначенные классификации не имеют. Но заключение по СДВГ делается на основании качественных критериев, которые носят описательный характер и базируются на возрастных поведенческих стереотипах, приводящих к нарушению социальной адаптации (см. табл. 1).

Логическим следствием обозначенных противоречий в изучении и оценке проявлений СДВГ в отечественных исследованиях является высокий уровень неопределенности в решении задач, связанных с верификацией данного нарушения. Представим результаты исследовательского анализа авторских материалов по оценке проявлений СДВГ в журналах рецензируемых ВАК за период 2001-2012 г.г. (см. табл. 2).

Результаты критериально-диагностического анализа авторских исследований следует представить в следующих тенденциях:

- во-первых, полностью отсутствует единая критериально-диагностическая основа по оценке проявлений СДВГ, о чем свидетельствует приведенная исследовательская база;

- во-вторых, в методах преобладает опосредованная оценка проявлений СДВГ по анкетам и опросам родителей и учителей;

- в-третьих, используются международные классификационные системы как критериальные основания для оценки проявлений СДВГ без согласования с диагностическими методами;

- в-четвертых, авторские системы критериально-диагностических оснований исследований проявлений СДВГ либо не представлены в публикуемом материале, либо представлена противоречиво.

- в-пятых, критериально-диагностическая неопределенность в оценке проявлений СДВГ является устойчивой и сохраняется на протяжении более 10 лет.

Следовательно, на основании проведенного анализа, достаточно трудно обобщать и систематизировать полученные на российской популяции выводы и оценки по проявлениям СДВГ.

Одним из следствий данной исследовательской тенденции являются очевидные противоре-

чия и широчайший разброс в показателях распространенности проявлений СДВГ в детской популяции (см. табл. 3).

Уже сам по себе факт чрезвычайно выраженной варибельности в разбросе показателей распространенности СДВГ (от 1% до 90%) указывает на то, что верифицировать данное нарушение становится невозможным. Но данное обстоятельство не снижает исследовательской активности в направлении коррекции и лечения СДВГ. Логично возникает вопрос о том, насколько адекватно осуществлять коррекционные и лечебные мероприятия, если не сформирована определенность в критериально-диагностической оценке проявлений СДВГ.

В этой связи считаем необходимым ставить и решать задачи формирования критериально-диагностической согласованности в оценке проявлений СДВГ.

Цель исследования: создание критериально-диагностической экспресс-методической системы, позволяющей проводить фронтальное обследование детей, обладающей достаточно высокой дискриминативностью и сопоставимой с нейропсихологическими методами по теоретическому базису для выявления детей с проявлениями СДВГ.

Этапы исследования:

- первый этап – разработка критериально-диагностической экспресс-методической системы проявлений СДВГ. Результатами данного этапа стала теоретически обоснованная и эмпирически экспертированная модель оценки проявлений СДВГ. Критерии и содержание модели представлены в таблицах № 4 и № 5, № 6. Построение критериально-диагностической модели определялось следующими принципами:

- соотнесение феноменов поведения с элементарными психическими процессами, психологическое содержание которых не меняется в разных возрастных группах;

- создание единой диагностической платформы для детей с разным уровнем развития как возрастного, так и качественного (нарушенное развитие, нормальное развитие).

- второй этап решал задачи эмпирического выявления и верификации критериальных оснований в определении проявлений СДВГ. На выборке дифференцированной по возрастным группам (старший дошкольный - 304 ребенка, младший школьный - 501 ребенок и подростковый - 363 ребенка), общий объем которой составил 1168 человек. Возрастные группы не дифференцировались по гендерному основанию. В итоге были определены следующие диагностические критерии для СДВГ (табл. 7).

Критериально-диагностическое содержание проявлений СДВГ в авторских исследованиях

№	Автор, год исследования	Методы диагностической оценки СДВГ
1	Безруких М.М., Логинова Е.С., 2010; [2], с. 41.	Оценка осуществлялась по диагностическим критериям DSM IV, по оригинальным опросникам - оценочным шкалам для родителей и учителей. Заключение о наличии СДВГ давалось при совпадении мнения родителей и учителей о наличии отклонений в поведении.
2	Депутат И.С., 2010; [9], с. 47.	По результатам комплексного медицинского обследования.
3	Семакова Е.В., Макарова И.Ю., 2007; [20].	Опрос в форме анкетирования - поведенческие особенности ребенка.
4	Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Сотникова Н.Ю. и др., 2010; [15], с. 42.	Симптомы дефицита внимания выявлялись с помощью диагностических тестов, предложенных Американской психиатрической ассоциацией и опубликованных в DSM IV. Количественная оценка эмоционально-поведенческих реакций проводилась по шкалам (Студеникин М.Я., Макаренко Ю.А., Баркан А.И.) Для оценки функционального состояния нервной системы – энцефалограмма.
5	Сухотина Н.К., Егорова Т.И., 2008; [22], с. 16.	Авторские оценочные шкалы для родителей и учителей по субшкалам «гиперактивность», «импульсивность».
6	Канжин А.В., Емельянова Т.В., 2011; [14].	Анкеты для учителей и родителей, адаптированные Кучмой В.Р., тестом Тулуз-Пьерона. Диагноз выставлялся по результатам комплексного медико-психолого-педагогического обследования. По диагностическим критериям DSM IV.
7	Грибанов А.В., Гусаева Е.А., Канжин А.В., 2006; [7], с. 29.	Комплексная диагностика СДВГ.
8	Депутат И.С., Канжин А.В., Грибанов А.В., 2006; [10], с. 38.	Методы выявления проявлений СДВГ не представлены.
9	Грибанов А.В., 2012; [6].	Авторские методы экспресс-диагностики СДВГ.
10	Заваденко Н.Н., Григорьева Н.В., Горбачевская Н.Л. и др., 2001; [12], с. 151.	Диагноз СДВГ по данным комплексного клинического, психологического, нейрофизиологического обследования. По критериям МКБ-10 и DSM IV.
11	Панков М.Н., Рудакова Е.В., 2011; [18], с. 72.	По диагностическим критериям МКБ-10 и DSM IV.
12	Чэпмэн Д., Григоренко Е.Л., 2010; [25], с. 92.	Массачусетский опросник для подростков, версия вторая для определения симптомов СДВГ.
13	Морозова Е.А., Зайкова Ф.М., Карпова Е.М. и др., 2010; [17], с. 451.	Заключение СДВГ осуществлялось по симптомам невнимательность, гиперактивность, импульсивность, по отягощенному перинатальному анамнезу, нормальные показатели интеллекта.
14	Воробьева Е.А., Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А. и др., 2007; [3], с. 91.	Анкета для выявления невротических расстройств, анкета DSM IV, корректурные пробы, кардиоинтервалография, шкалы Векслера Д.
15	Серов П.Н., 2009; [21].	Заключение СДВГ констатировалось по факту обучения в специализированной школе-интернате.
16	Антонова Е.В., Маслова О.И., Кузенкова Л.М., 2010; [1], с. 105.	Заключение по СДВГ определялось по 18 признакам по 5-балльной шкале (2009) у детей и их родителей.

- критерий регуляторной разбалансированности свойств внимания, характеризующийся высокой скоростью и низкой точностью внимания по возрастным группам. Нормативные показатели были верифицированы и совпадают со стандартизи-

рованными по методике (см. табл. 7). Однако авторский вариант методики рекомендует нарушение квалифицировать тогда, когда хотя бы один показатель попадает в зону низких значений, что противоречит базовым характеристикам СДВГ

Таблица 3

Показатели распространенности проявлений СДВГ в детской популяции в авторских исследованиях

№	Автор	Показатель распространенности СДВГ
1	Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Сотникова Н.Ю.; [15], с. 41.	от 12 до 29%
2	Сухотина Н.К., Егорова Т.И.; [22], с. 15.	от 1-3% до 24-28%
3	Грибанов А.В., Гусаева Е.А., Канжин А.В.; [7], с. 29.	47-69%
4	Грибанов А.В.; [6], с. 59.	от 2 до 12%
5	Чэпмэн Д., Григоренко Е.Л.; [25], с. 90.	от 16% до 21%
6	Морозова Е.А., Зайкова Ф.М., Карпова Е.М.; [17], с. 450.	от 4,0 до 9,5%
7	Григоренко Е.Л.; [8], с. 43.	60-90%
8	Гребнева Н.Н., Евсеева Ю.В.; [5], с. 160.	40%
9	Зыков В.П., Иванов Л.Б., Будкевич А.В.; [13], с. 79.	50-75%
10	Гомбалева М.С.; [4], с. 92.	80-92%
11	Егорова Н.А., Миронова Е.А.; [11], с. 1.	3-7%
12	Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А.; [23], с. 71.	более 20%
13	Морозова Е.А.; [17], с. 125.	от 4,0 до 9,5%
14	Петроченко М.А.; [19], с. 151.	от 4 до 9%
15	Цветков А.В.; [24], с. 33.	до 15%
16	Шалкина А.Н.; [26], с. 137.	в США – 4-20%, в Великобритании – 1-3%, в Италии – 3-10%, в Китае 1-13%, в России – 4-18%

Таблица 4

Критерии оценки проявлений СДВГ и методы диагностики

Критерии оценки	Методы экспресс-диагностики
Нарушения внимания	Методика Тулуз-Пьерона
Гиперактивность	Нейропсихологические пробы
Импulsивность	Неврологические пробы

(дефицит внимания при гиперактивности).

- Критерий нейропсихологической разбалансированности, проявляющийся в высокой скорости и низкой точности выполнения нейропсихологических проб.

- Критерий неврологической разбалансированности, проявляющийся в высокой скорости и низкой точности выполнения неврологических проб.

Совокупная оценка формируется по проявлениям СДВГ: нарушениям внимания (регуляторной разбалансированности свойств скорости и точности внимания), гиперактивности и импульсивности, с выделением наиболее выраженного нарушения.

Таким образом, в результате процедуры эмпирического моделирования была сформирована

диагностическая схема для оценки проявлений СДВГ, включающая методы оценки свойств внимания, нейропсихологические и неврологические пробы. В качестве основных критериев проявлений СДВГ определены критерий регуляторной разбалансированности свойств внимания (высокая скорость и низкая точность), критерий нейропсихологической и неврологической разбалансированности реакций, а также осуществлено распределение по возрастным группам. Совокупная оценка распределялась по проявлениям СДВГ (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность) по соответствию с диагностическими критериями, представленными в международных классификациях нарушений.

Содержание нейропсихологических проб для оценки проявлений СДВГ

№	Нейропсихологические пробы	Оценка
1	Динамическая организация двигательного акта. Кулак-ребро-ладонь (по образцу). («Посмотри, как я делаю и повтори»).	5 баллов – задание выполняется правильно, в заданном темпе. 4 балла – задание выполняется правильно, но в замедленном темпе. 3 балла – в начале задание выполняется правильно, затем возникает дезавтоматизация движений (явление истощения). 2 балла – при выполнении задания нарушается формула движения (явления персевераторности на истощение). 1 балл – задание не выполняется, формула движения не усваивается.
2	Динамическая организация двигательного акта. Ладонь-кулак-ребро (по словесной инструкции). «Сделай кулак-ладонь и т.д. Слушай меня и делай так, как я говорю: Ладонь-кулак-ребро. Ладонь-кулак-ребро. Ребро-ладонь-кулак. Ребро-ладонь-кулак».	
3	Динамическая организация двигательного акта. Перебор пальцами. (поочередно прикоснуться большим пальцем к 2, 3 и 5 пальцу этой же руки. Серия движений должна производиться одновременно обеими руками. Задание следует выполнять сначала в медленном темпе (2-3 серии движений за 5 сек), а потом в максимально быстром темпе (5-7 серий движений за 5 сек).	
4	Кинестетическая организация предметных действий. Праксис позы по подражанию. («Повтори. Вытяни вперед 2-й и 5-й пальцы (коза), 2-й и 3-й (ножницы), сделай кольцо из 1-го и каждого следующего пальца»).	
5	Кинестетическая организация предметных действий. Праксис позы по словесной инструкции. («Вытяни вперед 2-й и 5-й пальцы (коза), 2-й и 3-й (ножницы), сделай кольцо из 1-го и каждого следующего пальца»).	
6	Графическая проба по наглядному образцу. («Забор»). (Не отрывая карандаш от бумаги, воспроизвести графические ряды из одного или двух сменяющих звеньев: «заборчика»).	
7	Графическая проба по словесной инструкции. («Забор»). (Не отрывая карандаш от бумаги, воспроизвести графические ряды из одного или двух сменяющих звеньев: «заборчика». Ребенок должен рисовать и подсказывать себе башня-крыша-башня-крыша).	
8	Проба «Эталонь» - нарисовать и назвать как можно больше предметов, содержащих части определенной формы (круг, квадрат, треугольник) (3 мин.).	
9	Конфликтная ситуация. Поднимание (неподнимание) руки в ответ на стук.	
10	Конфликтная ситуация («Я покажу тебе палец, а ты мне кулак... и наоборот. В начале сигналы предъявляются поочередно (палец-кулак-палец-кулак и т. д.), затем порядок нарушается. Это позволяет увидеть, способен ли ребенок преодолеть стереотип и подчинить свои действия инструкции).	

Таблица 6

Содержание неврологических проб для оценки проявлений СДВГ

№	Неврологические пробы	Оценка
1	Ходьба по линии (с открытыми глазами)	5 баллов – выполняется точно и быстро. 4 балла – выполняется точно и медленно 3 балла – выполняется быстро и с ошибками. 2 балла – выполняется с множеством ошибок. 1 балл – задание не выполняется
2	Ходьба по линии (с закрытыми глазами)	
3	Стоя вытянуть руки вперед (с открытыми глазами)	
4	Стоя вытянуть руки вперед (с закрытыми глазами)	
5	Закрытыми глазами дотронуться указательным пальцем до кончика носа	

Нормативные показатели диагностических критериев по СДВГ

Возрастные и качественные нормативы по тесту Тулуз-Пьерона по фактору скорости					
Возраст	Нарушения	Низкий	Средневозр. норма	Выше среднего	Высокий
Дошк. 6-7 лет	0-14	15-17	18-29	30-39	40 и выше
1 класс	0-19	20-27	28-36	37-44	45 и выше
2 класс	0-22	23-32	33-41	42-57	58 и выше
3-4 класс	0-15	16-25	26-36	37-48	49 и выше
5 класс	0-19	20-29	30-39	40-50	51 и выше
6 класс	0-24	25-31	32-41	42-55	56 и выше
7 класс		0-36	37-45	46-57	58 и выше
8 класс		0-38	39-48	49-59	60 и выше
Возрастные и качественные нормативы по тесту Тулуз-Пьерона по фактору точности					
Дошк. 6-7 лет	0 – 0.88	0.89 – 0.9	0.91 – 0.95	0.96 – 0.97	0.98 – 1
1-2 класс	0 – 0.89	0.9 – 0.91	0.92 – 0.95	0.96 – 0.97	0.98 – 1
3-7 классы	0 – 0.89	0.9 – 0.91	0.92 – 0.93	0.94 – 0.96	0.97 – 1
Нормативные показатели по нейропсихологическим пробам					
Дошк. 6-7 лет	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50
1-2 класс	0-15	16-25	26-35	36-42	43-50
3-5 классы	0-20	21-30	31-40	41-45	46-50
Нормативные показатели по неврологическим пробам					
Дошк. 6-7 лет	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25
1-2 класс	0-7	8-12	13-17	18-22	23-25
3-5 классы	0-10	11-15	16-19	20-23	24-25

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонова Е.В., Маслова О.И., Кузенкова Л.М. Оценка клинических проявлений синдрома дефицита внимания с гиперактивностью детьми и их родителями // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 3. – С. 105.
2. Безруких М.М., Логинова Е.С. Интеллектуальное развитие детей 6-7 лет с дефицитом внимания и гиперактивностью // Экология человека. – 2010. – № 11. – С. 40-46.
3. Воробьева Е.А., Кочерова О.Ю., Пыхтина Л.А., Филькина О.М., Шанина Т.Г. Профилактика и коррекция дезадаптационных нарушений у детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью при поступлении в школу // Вестник новых медицинских технологий. – 2007. – Т. 14, № 1. – С. 91-93.
4. Гомбалева М.С. Влияние перинатального поражения ЦНС и социальных факторов на формирование синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки. – 2010. – № 10. – С. 92-95.
5. Гребнева Н.Н., Евсеева Ю.В. Нарушения развития речи и познавательных функций у мальчиков 5 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Вестник Тюменского государственного университета. – 2009. – № 3. – С. 159-166.
6. Грибанов А.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей: результаты исследования на севере России // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. – 2012. – № 1. – С. 58-64.
7. Грибанов А.В., Гусаева Е.А., Канжин А.В. О состоянии психомоторных качеств у мальчиков при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Экология человека. – 2006. – № 10. – С. 29-33.
8. Григоренко Е.Л. Генетические основы Синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // Вестн. Пом. ун-та. – 2010. – № 1. – С. 43-54 (0,75 п.л.).
9. Депутат И.С. Невербальный интеллект детей младшего школьного возраста при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью // Экология человека. – 2010. – № 11. – С. 47-51.
10. Депутат И.С., Канжин А.В., Грибанов А.В. Психофизиологический анализ структуры интеллекта детей младшего школьного возраста при синдроме

- дефицита внимания с гиперактивностью // Экология человека. – 2006. – № 12. – С. 38-41.
11. *Егорова Н.А., Миронова Е.А.* Ранняя диагностика синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей дошкольного возраста // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 39(1)
 12. *Заваденко Н.Н., Григорьева Н.В., Горбачевская Н.Л. и др.* Исследование особенностей клинических проявлений и показателей электроэнцефалографии у детей с гиперактивностью и дефицитом внимания в зависимости от эффективности лечения ноотропными препаратами // Альманах клинической медицины. – 2001. – № 4. – С. 151-156.
 13. *Зыков В.П., Иванов Л.Б., Будкевич А.В.* Метод аудиовизуальной стимуляции в лечении тикозных гиперкинезов и синдрома дефицита внимания у детей // Альманах клинической медицины. – 2006. – № 13. – С. 79-81.
 14. *Канжин А.В., Емельянова Т.В.* Недостаточность управляющих функций у детей с синдромом дефицита внимания и детей с нарушениями речи // Новые исследования. – 2011. – Т. 1, № 27. – С. 24-33.
 15. *Кочерова О.Ю., Филькина О.М., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В., Долотова Н.В.* Возрастные особенности состояния здоровья детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2010. – № 1. – С. 41-45.
 16. *Морозова Е.А.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: причины и последствия // Практическая медицина. – 2011. – № 48. – С. 125-127.
 17. *Морозова Е.А., Зайкова Ф.М., Карпова Е.М., Мадякина А.А., Калимуллина Р.Р.* Клиническая эволюция перинатальной патологии головного мозга: синдром дефицита внимания с гиперактивностью и эпилепсия у детей // Казанский медицинский журнал. – 2010. – Т. 91, № 4. – С. 449-455.
 18. *Панков М.Н., Рудакова Е.В.* Изменения церебрального энергетического метаболизма у детей с синдромом дефицита внимания в процессе тренинга с биологической обратной связью // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. – 2011. – № 4. – С. 71-76.
 19. *Петроченко М.А.* Проблемы психологической работы с детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью // Актуальные проблемы психологического знания: теоретические и практические проблемы психологии. – 2009. – № 1. – С. 37-42.
 20. *Семакова Е.В., Макарова И.Ю.* Семейно-социальные условия развития гиперактивности // Успехи современного естествознания. – 2007. – № 9. – С. 11-14.
 21. *Серов П.Н.* Корреляты психофизиологического развития детей с малой мозговой дисфункцией // Успехи современного естествознания. – 2009. – № 5. – С. 129-130.
 22. *Сухотина Н.К., Егорова Т.И.* Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 15-21.
 23. *Фесенко Е.В., Фесенко Ю.А.* Психотерапия в комплексном лечении детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью // Практическая медицина. – 2009. – № 38. – С. 71-76.
 24. *Цветков А.В.* Методы формирования саморегуляции у младших школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 10(18). – [Электронный научный журнал] www.sisp.nkras.ru.
 25. *Чэлмэн Д., Григоренко Е.Л.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у несовершеннолетних правонарушителей с Соединенных Штатах Америки // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. – 2010. – № 3. – С. 90-95.
 26. *Шалкина А.Н.* Педагогическое сопровождение семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, в условиях центра ПМСС // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2013. – Т. 1, № 3. – С. 135-138.