

# Комплексная многоуровневая терапия детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания

Ю. С. Шевченко

Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва

**Цель статьи:** изложение принципов многоуровневого комплексного подхода к терапии детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ).

**Основные положения.** В статье описана клиническая картина СДВГ. Изложена модель разработанной автором комплексной многоуровневой терапии и психокоррекции детей с СДВГ. Комплексный подход включает в себя метаболический, нейрофизиологический, синдромальный, поведенческий и личностный уровни воздействия. Каждый из этих уровней имеет специфический (психопатологический) и общий (этиопатогенетический) эффекты лечебно-коррекционного воздействия.

**Заключение.** Гетерогенность СДВГ определяет необходимость дифференцированного подхода к терапии, этапности лечебно-коррекционных программ и участия в них специалистов разного профиля.

**Ключевые слова:** дизонтогенез, синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), комплексная терапия.

## Combination Multi-Level Strategy for Treating Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children

Iu. S. Shevchenko

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

**Purpose of the Paper:** To describe the principles of a combination multi-level approach to treating attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children.

**Key Points:** The author illustrates clinical manifestations of ADHD. He also describes correction psychological services and his own combination multi-level strategy that can be used to treat ADHD in children. This combination approach includes measures affecting syndromic manifestations of the disorder and the subject's metabolism, neurophysiology, behavior, and personality. At each of these levels, this approach provides both specific (psychopathological) and non-specific (etiopathogenic) therapeutic and correctional effects.

**Conclusion:** ADHD is a heterogeneous condition. This explains the need to apply a differentiated treatment approach and to use step-by-step treatment and correction programs involving multidisciplinary teams of specialists.

**Keywords:** dysontogenesis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), combination treatment.

Термин «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) объединяет группу клинически сходных гиперкинетических расстройств генетической, экзогенно-органической или смешанной этиологии. Гетерогенность этих состояний обуславливает различный характер нарушений нейромедиаторного обмена (при ведущей роли дефицитарности дофаминовых рецепторов), неоднозначность при универсальности клинических проявлений у разных больных нейрофизиологического и нейропсихологического статуса (преобладание незрелости активирующих подкорковых структур, фронто-таламической регуляторной системы или их сочетания), а также психопатологическую неоднородность (при общей для всех недостаточности произвольных психических функций) и различный характер ответов на социально-психологические воздействия. Эти же моменты определяют необходимость дифференцированного подхода к терапии детей с СДВГ (при общей ее направленности на дизонтогенетические механизмы расстройства), этапности лечебно-коррекционных программ и участия в них специалистов разного профиля [4, 11, 12, 18].

**Цель статьи:** изложение принципов комплексного многоуровневого подхода к терапии детей с СДВГ.

Три основных симптома СДВГ — гиперактивность, импульсивность, нарушение внимания — в разной степени представлены при различных вариантах расстройства.

Гиперактивность проявляется в общей психомоторной расторможенности. Ребенок часто встает со своего места в классе во время уроков или при других организационных моментах, когда нужно оставаться на месте, бесцельно бегают, крутятся, стремится куда-то залезть вопреки требованиям дисциплины, не может тихо и спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге. Часто отмечается болтливость. У подростков с большей способностью к самоконтролю гиперактивность может выражаться в субъективном ощущении беспокойства. Постоянная потребность в двигательной разрядке нередко проявляется беспокойными движениями кистей и стоп, верчением на стуле. Для детей с гиперактивностью характерна недостаточная сформированность координаторной сферы и тонкой моторики.

На этом фоне отмечается *импульсивность* в поведении. Дети, не дослушав вопрос, не задумываясь, выкрикивают первое, что приходит в голову. Большую трудность для них представляет ситуация, когда нужно дождаться своей очереди. Их беспокойство тяготит окружающих, поскольку эти дети часто проявляют нетерпеливость, пристают, вмешиваются в чужие беседы и игры. Спровоцировав собственным поведением конфликт, дети бурно реагируют на него аффективными вспышками, агрессией, протестными поступками.

Третьим и основным компонентом синдрома является *невнимательность*. Дети не способны даже ненадолго удерживать внимание.

Шевченко Юрий Степанович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой детской психиатрии и психотерапии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России. 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1. E-mail: europsy@mail.ru

живать внимание на деталях выполняемой деятельности. Из-за небрежности и легкомыслия они допускают много ошибок в школьных заданиях и осуществляемой работе, не справляются с играми, требующими активного внимания. Часто у собеседника создается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь. При сохранной понятливости, а порой и весьма высоком уровне интеллекта эти дети часто оказываются не в состоянии следовать предлагаемым инструкциям, довести до конца выполнение уроков, начатую работу, самостоятельно организовать собственную деятельность и досуг, придерживаться оговоренных норм поведения.

Обычно, помимо фиксации, концентрации, удержания, распределения и активного переключения внимания, при СДВГ в большей или меньшей степени страдают и другие предпосылки интеллекта (память, психическая активность, умственная работоспособность), что становится особенно заметным с началом учебы в школе. Гиперактивные дети, как правило, избегают выполнения заданий, требующих длительного умственного напряжения (школьных работ, домашних уроков). При этом они высказывают свое недовольство, активно уклоняются и сопротивляются требованиям взрослых. Легко отвлекаясь на посторонние стимулы, дети проявляют забывчивость в повседневных ситуациях. Их рассеянность приводит к постоянной потере вещей, школьных принадлежностей, игрушек и рабочих инструментов.

Слыша частые замечания (которые окружающие порой вынуждены произносить повышенным тоном, поскольку на спокойное обращение дети не реагируют), получая заниженные оценки (выставленные, по сути, не за знания, а за поведение на уроке), такие дети начинают тяготиться учебой. Их самооценка формируется ущербно, что обуславливает вторичные невротические и психосоматические реакции и нарушения поведения, которые искажают процесс созревания личности. Психогенные осложнения СДВГ еще больше отягощают психический онтогенез — созревание психических функций, свойств и компонентов личности ребенка, которое у детей с СДВГ и так нарушено вследствие резидуально-органических и наследственно-конституциональных факторов. Аномалия созревания распространяется при этом на личностный уровень, психопатизируя ребенка, нарушая его социальную адаптацию и создавая благоприятную почву для возникновения различных форм девиантного поведения.

В МКБ-10 рубрика «Гиперкинетические расстройства» (F90), общей характеристикой которой является сочетание невнимательности, гиперреактивности (гиперактивности) и беспокойства (импульсивности), включает две основные подгруппы — «Нарушение активности и внимания» (F90.0) и «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1), при котором гиперкинетическое расстройство сочетается с расстройством поведения. «Гиперкинетическое расстройство поведения» (F90.1), помимо критериев непосредственно гиперкинетического расстройства, включает также общие критерии соседней рубрики «Расстройства поведения» (F91), основные подгруппы которой: «Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи» (F91.0); «Несоциализированное расстройство поведения» (F91.1), «Социализированное расстройство поведения» (F91.2) и «Вызывающее оппозиционное расстройство» (F91.3) [2].

Нами разработана комплексная многоуровневая терапия и психокоррекция детей с СДВГ [16]. Она включает пять уровней воздействия. Условно мы обозначили эти уровни как метаболический, нейрофизиологический, синдромальный, поведенческий и личностный. В комплексной онтогенетически ориентированной терапии психических расстройств у детей и подростков каждый уровень включает специфический (психопатологический) и общий (этиопатогенетический) эффекты лечебно-коррекционного воздействия.

Первый уровень — **метаболический**. Медикаментозные воздействия на этом уровне направлены на энцефалопатические и диснейроонтогенетические механизмы патогенеза синдрома и его психопатологические проявления [10]. Резидуально-органическая основа СДВГ диктует необходимость комплексного лечения, включающего дегидратацию, витаминотерапию, применение при необходимости сосудорасширяющих средств, вегетотропных препаратов, антиоксидантов, ноотропов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани и насыщающих мозг кислородом. Наиболее распространенными в детской психиатрии являются следующие препараты указанной направленности: глицин, гопантеновая кислота, пиритинол, никотиноил- $\gamma$ -аминомасляная кислота, левокарнитин, Кортексин, Церебролизин, пирацетам, Нейромультивит и др.

Одним из наиболее физиологично действующих препаратов является аминокислота глицин, относящаяся к группе нейрометаболических стимуляторов. Глицин оказывает антиоксидантное, нейропротекторное и метаболическое действия. Он регулирует обмен веществ, нормализует и активирует процессы защитного торможения ЦНС, уменьшает психоэмоциональное напряжение, повышает умственную работоспособность. Особенно показан глицин при девиантных формах поведения. В педиатрической практике глицин используется с 3 лет по 0,1 г 2–3 раза в сутки курсом 7–30 дней. При функциональных и органических поражениях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением сна, глицин назначают детям до 3 лет по 0,05 г 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней, в следующие 7–10 дней — по 0,05 г 1 раз в сутки.

Представляется перспективным внедрение в комплекс лечебных воздействий этого уровня гипербарической оксигенации, успешно применяемой как в педиатрии, так и во взрослой психиатрии, но до сих пор не освоенной детскими психиатрами. Из немедикаментозных методов данного уровня рекомендуются транскраниальная микрополяризация, а также  $\beta$ - и  $\alpha$ -ЭЭГ-тренинг с помощью аппаратов биологической обратной связи [14].

Структура поведенческого симптомокомплекса определяет выбор психотропных препаратов, диапазон которых может быть достаточно широким. При неосложненном гипердинамическом синдроме назначают психостимуляторы, однако метилфенидат, декстроамфетамин и пемолин применяются за рубежом, но не разрешены в Российской Федерации, а мезокарб входит в особый список и потому практически не используется в детской психиатрии. При дисфориях и других расстройствах настроения возможно назначение антидепрессантов (амитриптилина, пирлиндол, кломипрамина) и транквилизаторов (карбамазепина, алпразолама, гидроксизина). В случаях осложнения расстройств поведения эксплозивностью (аффективной взрывчатостью) и извра-

щением влечений показано назначение седативных нейрореплетиков (тиоридазина, алимемазина, хлорпротиксена, перициазина) [3, 4, 7, 11].

Долгое время за рубежом основными препаратами при лечении СДВГ считались психостимуляторы (амфетамин, метилфенидат) на том основании, что, повышая тонус коры головного мозга, они восстанавливают ее тормозящее влияние на подкорку, что проявляется как в улучшении активного внимания, так и в упорядочении поведения. Положительный эффект при их применении наблюдался приблизительно у 70% пациентов. [11]. Однако ввиду наличия побочных эффектов и опасности формирования зависимости осуществляется активный поиск препаратов, альтернативных психостимуляторам [19].

В настоящее время в европейских и международных стандартах для лечения СДВГ рекомендован атомоксетин, не относящийся к психостимуляторам, но обладающий сходным действием и разрешенный к применению с шестилетнего возраста. В нашей стране указанные выше психостимуляторы, а также близкий им отечественный препарат мезокарб, показавший свою эффективность при СДВГ, исключены из педиатрической практики.

Чисто симптоматический допинг-эффект психостимуляторов, а также во многом и атомоксетина, обуславливает необходимость постоянного их приема в течение многих лет, поскольку, повышая тонус коры, они никак не влияют на причину его снижения. Ситуация подобна езде на автомобиле с проколотым колесом. Необходимо его постоянно подкачивать, хотя рациональнее один раз потратить время на то, чтобы заклеить камеру и прекратить утечку воздуха. Таков смысл следующего уровня комплексной коррекции детей с СДВГ.

Второй уровень — **нейрофизиологический**. Работа на этом уровне включает нейропсихологическую диагностику и комплексную сенсомоторную коррекцию базисных онтогенетических блоков мозговой организации психической деятельности ребенка [6, 8, 9]. Первый блок — это уровень активации, энергоснабжения и статокинетического баланса психических процессов, который направлен на элиминацию (исключение) дефекта и функциональную активацию подкорковых образований головного мозга. Тем самым формируется базис подкорково-корковых и межполушарных взаимодействий. Блок включает дыхательные упражнения, массаж и самомассаж, обучение релаксации и регуляции тонуса, снятие локальных мышечных зажимов, тренировку равновесия, развязку синкинезий и преодоление ригидных телесных установок, а также развитие целостного образа тела. В качестве вспомогательных приемов предлагается использовать цветомузыкальное сопровождение, ароматерапию.

Второй блок — это уровень операционального обеспечения сенсомоторного взаимодействия с внешним миром, который имеет своей целью стабилизацию межполушарных (теменно-височно-затылочных) взаимодействий и специализацию правого и левого полушарий мозга в контексте формирования пространственного поля из зрительных, осязательных, проприоцептивных, слуховых и вестибулярных компонентов. На этом уровне осваиваются упражнения на развитие чувства ритма, перцептивных и мнестических возможностей, формирование пространственных представ-

лений, динамическую организацию двигательного акта, развитие одновременных и реципрокных сенсомоторных взаимодействий, ловкости и внимания.

Третий блок — уровень произвольной регуляции и смыслообразующей функции психомоторных процессов — ориентирован на формирование оптимального функционального статуса передних (префронтальных) отделов мозга. Для этого используют игры по правилам и ролевые игры, отрабатывают коммуникативные навыки, развивают произвольное внимание и память, синестезию и активную саморегуляцию. Закрепление приобретенных навыков осуществляется с помощью бихевиоральных приемов.

Проводится девятимесячный цикл ежедневных часовых занятий сенсомоторной коррекцией под руководством специально обученного нейропсихолога. Это позволяет как бы заново построить снизу вверх работу онтогенетических церебральных блоков, исправляя аномально сформированные взаимодействия подкорково-стволовых, теменно-височно-затылочных и лобных отделов мозга, делая тем самым реализацию психических функций экономичной и эффективной. Дети, успешно прошедшие указанный курс, больше не нуждаются ни в стимуляторах, ни в ноотропах. Эти препараты способны прибавить энергию и повысить тонус мозговой деятельности, но не способны научить мозг работать по-новому. Однако подготовка квалифицированных специалистов по данной методике и проведение многомесячной кропотливой сенсомоторной коррекции достаточно затруднительны в материальном и организационном плане.

Причина неэффективности традиционных педагогических подходов заключается в том, что тренировка дефицитных функций ребенка недостаточно дифференцирована и дозирована. Нередко с самого начала ребенку предлагается одновременно выполнять несколько трудных задач саморегуляции, что мало отличает ситуацию психологического тренинга от непосильной для ребенка с СДВГ ситуации школьного урока, где он должен сидеть спокойно, быть внимательным и сдержанным, да еще и думать. Под нашим наблюдением были дети, которые в силу внушенной сверхнормативности неимоверным усилием воли заставляли себя быть образцовыми на уроке, за что расплачивались психическим срывом в виде неврастения, тиков, психосоматических расстройств.

С учетом сказанного построен следующий уровень психокоррекционной программы — **синдромальный**. Психокоррекционная и коррекционно-педагогическая работа здесь представляет собой комплекс развивающих игр, позволяющих изолированно воздействовать на отдельные составляющие синдрома гиперактивности:

- подвижные игры на внимание, дифференцированные по задействованным ориентировочным анализаторам (зрительный, слуховой, вестибулярный, кожный, обонятельный, вкусовой, тактильный) и по отдельным компонентам внимания (фиксация, концентрация, удержание, переключение, распределение);
- игры на усидчивость и неподвижность (не требующие напряжения активного внимания и допускающие проявления импульсивности);
- игры на сдержанность, самоконтроль импульсивности (позволяющие при этом быть невнимательным и подвижным);

- три вида игр с двуединой задачей (требующих быть одновременно внимательным и сдержанным, внимательным и неподвижным, неподвижным и неимпульсивным);
- игры с триединой задачей (с одновременной нагрузкой на внимание, усидчивость, сдержанность).

Работа на этом уровне нередко включает также психологическую, логопедическую, дефектологическую коррекцию факультативных синдромов — дислалии, дислексии, дискалькулии, дисграфии и прочего [1, 13]. Эффективным для детей, имеющих определенные трудности чтения, письма или арифметического счета, является метод мультисенсорного обучения (multisensory teaching method), логически связанный с методиками предыдущего уровня. Он также известен под названием ВАКТ-метод (акроним от английских слов: visual — визуальный, auditory — слуховой, kinesthetic — кинестетический, tactile — тактильный) и включает одновременную работу зрительного и слухового восприятия, ощупывание и манипуляцию с объектами [5].

Данный уровень предусматривает также систематические занятия спортом, дающие ребенку мышечную радость, улучшающие общее физическое состояние, облегчающие процесс социализации. В зависимости от психокоррекционных целей рекомендуются плавание, верховая езда, прыжки на батуте, силовые единоборства, индивидуальные или командно-игровые виды спорта. «Однорукие» виды спорта (теннис, фехтование и т. п.) не показаны, так как они не способствуют улучшению межполушарных связей.

Четвертый уровень — **поведенческий**. Различные виды бихевиоральной терапии в сочетании с когнитивной, суггестивной и другими видами психотерапии имеют своей целью формирование и закрепление желательных моделей поведения и подавление нежелательных — агрессивных, деструктивных, архаичных. В зависимости от возраста ребенка и содержания поведенческой «мишени» модифицирующие воздействия (в форме поощрения, наказания, принуждения и вдохновения) реализуются либо непосредственно родителями и воспитателями, либо самими реалиями жизни в тех случаях, когда взрослые передают ребенку ответственность за принятое решение. Следует отметить, что типичная для детей с гиперактивностью незрелость эмоционально-волевой сферы делает приемы оперантного научения и жесткого моделирования ситуаций более подходящими по сравнению с передачей ответственности или составлением контракта.

Неспецифический аспект, с которого часто приходится начинать всю психокоррекционную программу, заключается в том, что прежде всего нужно добиться от ребенка элементарного послушания родителям, а затем и другим взрослым, с которыми ему предстоит работать. Только сформировав у ребенка принятие и выполнение инструкций «нельзя» и «надо» (с помощью приемов жесткого моделирования поведения, включая холдинг-терапию), т. е. преодолев первые ступени индивидуальной «лестницы» поведенческих проблем пациента, можно приступать к работе на втором, третьем и пятом уровнях комплексной терапии, а также решать более высокие задачи диагностико-терапевтического процесса данного уровня.

Пятый уровень — **личностный**. Его цели — разрешение внешних и внутренних психогенных конфликтов, личностный рост пациента, гармонизация межперсональных отно-

шений в процессе индивидуальной, семейной и групповой психотерапии. Ключевой организационно-методической формой работы на этом уровне (завершающей, а порой предвосхищающей прочие формы психотерапии) является интегративная семейно-групповая методика интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), разработанная нами на основе концепции онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии [15, 17].

Суть данной концепции — решение актуальных экстра- и интрапсихических задач ребенка и его семьи в трех пространственно-временных координатах: «сейчас и здесь» (в зоне актуального функционирования), «тогда и там» (в процессе позитивного регресса к предыдущим сензитивным периодам развития), «вскоре и вблизи» (за счет активного освоения зоны ближайшего развития — психозлеваии). Восемь дней подряд происходит непрерывное погружение в психотерапевтический процесс (минимум 64 часа собственно лечебно-коррекционной работы), который завершается сеансом эмоционально-стрессового воздействия, построенного по сценарию традиционно-архетипического ритуала инициации. Такие особенности работы по методике ИНТЭКС позволяют, помимо всего прочего, разрушить инертные механизмы устойчивого патологического состояния.

В содержание семейного аспекта данного уровня непременно должны входить психогигиенические и психопрофилактические составляющие (нормализация режима сна и отдыха, индивидуализация учебной нагрузки, преодоление родительского перфекционизма и повышенной тревожности, а также исправление дефектов воспитания). Преодоление недостатков воспитания должно строиться на трех основных принципах: быть единым, последовательным и индивидуализированным, — а также иметь осознанную цель — воспитать из ребенка самостоятельную, ответственную и реалистичную личность. На это же должна быть направлена работа социального педагога школы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Как следует из приведенной модели комплексной многоуровневой терапии и психокоррекции детей с гиперактивностью, для ее реализации необходим бригадный метод, обеспечивающий тесное взаимодействие детского психиатра, клинического психолога и психотерапевта, а также возможность привлечения при необходимости других специалистов (логопеда, дефектолога, коррекционного педагога, школьного учителя). С учетом возраста пациента, тяжести и клинико-психологической структуры состояния (классический, «ядерный» синдром гиперактивности; гиперактивность в рамках психоорганического синдрома, общей или парциальной задержки психического развития; гиперактивность, осложненная невротическими и патохарактерологическими реакциями) весь комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий требует для своей реализации в среднем около года. Указанный срок представляется вполне реальным и оправданным, особенно если принять во внимание многолетнюю актуальность данного расстройства (распространяющегося практически на весь дошкольно-школьный возраст) и его серьезные социально-психологические последствия.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Белопольская Н. Л. Современные проблемы психологической диагностики и коррекции интеллектуальных нарушений у детей // Психолого-педагогическая коррекция нарушений интеллектуального развития у детей в современном образовании. Сб. материалов II Всерос. науч.-практ. конференции. М.: МГППУ, 2013. С. 19–22.
2. ВОЗ. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. М.: Смысл, СПб.: Речь, 2003. 408 с.
3. Данилова Л. Ю. Основы биологической терапии психических нарушений. Базисные представления о психотерапии. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология / Под общ. ред. проф. Ю. С. Шевченко, проф. А. Л. Венгера. М.: Медпрактика-М, 2006. С. 269–286.
4. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2005. 256 с.
5. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Академия, 2012. 371 с.
6. Корнеева В. А., Шевченко Ю. С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М.: Такт, 2010. 154 с.
7. Красов В. А. Гипердинамический синдром у детей младшего школьного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1989. 24 с.
8. Семенович А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учеб. пособие для высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2002. 232 с.
9. Семенович А. В., Архипов Б. А. и соавт. Комплексная методика сенсорной коррекции. М.: изд-во МГППУ, 1998. 76 с.
10. Сковрцов И. А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). М.: Тривола, 2000. 208 с.
11. Сухотина Н. К. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю. С. Шевченко. М.: МИА, 2011. С. 516–537.
12. Узбеков М. Г. Гиперкинетический синдром как проявление нарушений развития моноаминергических систем головного мозга // Соц. и клин. психиатрия. 2006. Т. 16. Вып. 2. С. 31–43.
13. Усанова О. Н. Специальная психология. СПб.: Питер, 2006. 400 с.
14. Чутко Л. С., Пальчик А. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (причины, диагностика, лечение). СПб.: Коста, 2012. 160 с.
15. Шевченко Ю. С. Онтогенетически ориентированная (реконструктивно-кондуктивная) психотерапия — пространственно-временная модель интеграции // Психотерапия. 2012. № 10 (118). С. 55–62.
16. Шевченко Ю. С., Баздырев Е. И. Концепция многоуровневой терапии и психокоррекции детей с гиперактивностью // Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общ. ред. проф. Ю. С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. С. 83–96.
17. Шевченко Ю. С., Добридень В. П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (Методика ИНТЭКС). СПб.: Речь, 2004. 202 с.
18. Barkley R. A. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3<sup>rd</sup> ed. New York: The Guilford Press, 2006. 770 p.
19. Correia Filho A. G., Bodanese R., Silva T. L., Alvares J. P. et al. Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescent with moderate mental retardation // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2005. Vol. 44. N 8. P. 748–755. ■