

УДК 615.851:159.9

**ИСТОРИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СИМПТОМОВ СИНДРОМА
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ
КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА**

Станишевская А.

В статье описывается история исследований гиперреактивности, импульсивности и клинического нарушения внимания. Симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) известны исследователям с давних времен. Различные теории и подходы к изучению СДВГ, представленные в трудах специалистов разных эпох и стран, обусловили многообразие определений, диагностических критериев и характеристик синдрома. Сегодня СДВГ является официально признанным психологическим расстройством, симптомы которого описаны в международных медицинских классификациях.

Ключевые слова: СДВГ, синдром дефицита внимания и гиперактивности, дефицит внимания, гиперактивность, импульсивность.

**THE HISTORY OF ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER SYMPTOMS STUDYING
AS A PSYCHOLOGICAL DISORDER**

Staniszewska A.

The paper describes the history of hyperactivity, impulsivity and clinical attention disorders studying. The symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) are known to researchers since ancient times. Various theories and approaches to the ADHD studying presented in the researches of specialists from different eras and countries have led to a variety of definitions, diagnostic criteria and characteristics of the syndrome. Today ADHD is an officially recognized psychological disorder, which symptoms are described in international medical classifications.

Keywords: ADHD, attention deficit disorder and hyperactivity, hyperactivity, attention deficit, impulsivity.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в наше время является распространенной проблемой. Особенно часто об СДВГ можно услышать в школах и различных учреждениях детского развития, так как понятие «гиперактивность» обычно относят к непослушным и непоседливым детям. Проблематика СДВГ не является новым явлением, которое проявляется в плохом воспитании и девиантном поведении. Заметки врачей и исследователей показывают, что гиперактивность и дефицит внимания интересуют специалистов уже более столетия [14, s. 20].

Гиперактивные и невнимательные дети с давних пор интересовали многих врачей, благодаря чему в науке возникло понимание гиперреактивности как синдрома [16, с. 10]. Интересно, что одно из первых исследований в этом вопросе было проведено в связи с поведением не детей, а студентов. В XVII веке философ Джон Локк описал группу студентов, которые «стараятся, как могут, но не в силах сосредоточить разум, витающий в облаках» [цит. по: 1, s. 37].

В XVIII веке появились первые исследования и гипотезы, посвященные вниманию и повышенной активности. Шотландский врач и путешественник Александр Крейтон в своих работах анализировал свойства внимания и причины его расстройств. Также как Джон Локк, Крейтон описывал поведение учеников, неспособных концентрировать внимание на уроках и находившихся в возбужденном состоянии. Крейтон исследовал группу детей, у которых наблюдался дефицит внимания, назвав такое расстройство «психической тревогой». Он описал эти симптомы как болезненную «чувствительность» нервов, вызванную врожденным расстройством или определенным заболеванием. Крейтон не фокусируется на духовных и моральных аспектах расстройства, характерного для его эпохи, а отмечает, что каждый человек имеет свой индивидуальный уровень внимательности, и нет какой-либо

определенной нормы в целом. Но, для тех, кто родился с дефицитом внимания, это может влиять на выносливость в учебе, что требует определенного педагогического подхода к такому ученику. Также Крейтон считал, что расстройство внимания может благополучно уменьшаться с возрастом.

Описания Крейтона очень похожи на симптомы СДВГ. Гипотезы ученого касательно врожденного дефицита внимания подтверждается современными нейробиологическими исследованиями, показывающими специфику созревания некоторых структур мозга людей с расстройством (кора лобной доли, подкорковые ядра, мозжечок, хвостатое ядро и мозолистое тело). Так же, как и современные исследователи, Крейтон обращал внимание не на гиперактивность (неспособность усидеть на уроке и перманентная потребность в движении), а прежде всего на расстройство внимания и неспособность сосредотачиваться [7, s. 93-94].

К этому подходу специалисты пришли после многих десятилетий исследований и анализа. На сегодняшний день выделяют два типа расстройства – СДВГ и СДВ (синдром дефицита внимания без гиперактивности). Второй тип расстройства проявляется в клиническом нарушении внимания. Человек не способен сосредоточиться, поэтапно выполнять работу, очень рассеян и не обращает внимания на детали. Этот тип расстройства чаще всего встречается у женщин [11, s. 35].

В английском языке СДВГ получил название *Attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) или ADD – тип без гиперактивности. В англоязычной литературе аббревиатуру ADHD используют для обозначения всех типов расстройства, хотя это не совсем корректно. Обиходное название синдрома не соответствует современному научному пониманию, когда, как было указано выше, синдром может проявляться и без гиперактивности [11, s. 28-29]. Это стало одной из причин неправильного понимания основных симптомов синдрома. В английской терминологии используют также сокращение AADD – *Adult attention deficit hyperactivity disorder*, которое выделяет синдром СДВГ у

взрослых (чаще всего без гиперреактивности) [см.: 2]. На русском языке он может иметь сокращение СДВВ (синдром дефицита внимания у взрослых).

В современном восприятии СДВГ – это неврологическое-поведенческое расстройство, которое способно серьезно влиять на качество жизни человека: учебу, работу, межличностные отношения и, что важно, на самовосприятие личности. На сегодняшний день СДВГ числится в двух крупнейших медицинских классификациях – МКБ-10 и DSM-V, критерии которых используются специалистами по всему миру.

Для некоторых врачей исследование СДВГ стало центральной темой их научной и практической деятельности. Психиатр Эдвард Хэлловэлл и врач Джон Рэйти в 1994 г. издали книгу «Driven to distraction: recognizing and coping with attention deficit disorder» («Почему я отвлекаюсь. Как распознать синдром дефицита внимания у взрослых и детей и что с ним делать») [9]. Эта работа очень быстро приобрела популярность, была переведена на несколько языков, включая русский [21], и издана тиражом более миллиона экземпляров. Подобный интерес к проблематике, особенно в публицистической литературе показывает, что проблема нарушения внимания и неспособности концентрироваться близка для многих. В 2005 году те же авторы издали новую книгу «Delivered from distraction: getting the most out of life with attention deficit disorder» («Избавление от отвлечения внимания: получение максимальной отдачи от жизни при синдроме дефицита внимания») [10], которая предназначена для неподготовленного читателя с целью ознакомления общества с проблемой СДВГ.

Следует отметить деятельность врача и психиатра Даниеля Амена, открывшего собственную медицинскую клинику, где он проводит исследования на основе компьютерной томографии мозга для получения более точных результатов о состоянии пациентов. Благодаря методу СПЕКТ (однофотонная эмиссионная компьютерная томография), ученый изучает случаи нарушения мозговой деятельности. Д. Амен – автор многих книг по нейробиологии. Он также посвятил одно из своих публицистических изданий

тематике СДВГ («Healing ADD»), где делится научными наблюдениями, описывает разные случаи расстройства и на примерах томографий пациентов описывает, каким образом СДВГ влияет на мозговую деятельность [см.: 1].

Из современных авторов также следует выделить А. Расселя и Р. Баркли, которые занимаются исследованием генетических и гормональных причин СДВГ. Генетическую концепцию поддерживают также известные польские исследователи СДВГ Т. Воланьчик, А. Колаковский, М. Скотницкая [3, s. 19-20].

Исследования проблемы клинического нарушения внимания и сопутствующих симптомов активно проводятся последние 50 лет, однако интерес к свойствам мозга возникал еще в Древней Греции. Всегда были дети, которые отличались повышенной потребностью в движении, имели проблемы с концентрацией и которым не помогали стандартные методы воспитания [3, s. 22, 10]. Современные исследования показали, что многие расстройства и нарушения в детском развитии переходят во взрослую жизнь [17, s. 13].

СДВГ является расстройством, которое ярко проявляется и легче всего диагностируется в детстве. Одним из самых известных «детских» маркеров расстройства является гиперактивность. С возрастом эти симптомы могут уменьшаться, так как принято считать, что взрослый человек должен легко справляться с повышенной потребностью в движениях, полностью контролировать свое внимание и импульсы [4, s. 8]. Однако много специалистов считают, что СДВГ является долговременным состоянием и проявляется не только в детстве. Около 60-70% детей переносят это расстройство во взрослую жизнь. С возрастом нервное, импульсивное поведение переменяется на невнимательность, отсутствие настойчивости при выполнении задач, недостаточной кратковременной памяти, и разочарований, связанных с наукой. При возрастном развитии СДВГ остается, но меняется характер расстройства [8, s. 14-15].

СДВГ является расстройством, вызывающим много споров, дискуссии о котором ведутся уже долгое время. Наиболее дискуссионным является метод

фармакологического лечения синдрома. С одной стороны, гиперактивность является нормальным проявлением растущего организма и не каждому активному ребенку ставят диагноз СДВГ. С другой стороны, и во взрослой жизни людям иногда свойственно проявлять невнимательность, рассеянность, а импульсивность может являться природным свойством характера. О студентах, которые не в состоянии сосредоточиться и выполнять на высоком уровне задания, писал не только философ Джон Лок – известная студенческая нерадливость является одним из самых распространенных и массовых образов жизни молодого поколения, но не квалифицируется как какое-либо отклонение.

Поэтому возникает вопрос в правильности восприятия СДВГ как клинического расстройства. Например, уже упоминавшиеся Э. Хэлловэлл и Дж. Рэйти пишут о том, что у многих людей СДВГ – это не заболевание, а стиль жизни [11, s. 34]. Основные признаки СДВГ, т.е. проблемы с концентрацией внимания, – гиперактивность и чрезмерная импульсивность, являются природными чертами характера, из чего следует, что такое поведение свойственно многим людям. Разница между чертами характера и клиническими симптомами основывается на их интенсивности. Если определенная поведенческая линия проявляется на таком уровне, когда она усложняет человеку его нормальное существование в социуме, то такую черту следует называть клиническим симптомом [16, s. 16].

В этом и проявляется разница между стилем жизни, субкультурой и психологическим расстройством. Усиленная симптоматика СДВГ очень серьезно влияет на жизнь человека, нарушает его способность к обучению, планированию своих действий и также негативно воздействует на межличностные отношения.

Первым наиболее точно описал расстройство английский педиатр Георг Стилл. В 1902 году он прочитал серию лекций, в которых подчеркнул проблему чрезмерного эмоционального возбуждения, произвола и мятежного поведения без уважительных причин у детей. Симптомы проявлялись до 8 лет, их частота была в три раза выше у мальчиков, чем у девочек. Доктор Стилл воспринимал

такое состояние как хроническое, биологическое (врожденное) и не вызванное плохим воспитанием или вредной окружающей средой, что соответствует современным критериям СДВГ. В соответствии с принятыми в то время взглядами, он назвал это явление «дефектом морального контроля» [8, s. 16].

Симптомы, упомянутые Стиллом, следующие: проблемы со вниманием, гиперактивность, чрезмерная эмоциональность, склонность к гневу, склонность к жестокости, ревность, несоблюдение правил, нечестность, вредность, бесстыдство, нескромность. Основой этих симптомов является необходимость самоудовлетворения и немедленного удовлетворения импульсов независимо от последствий. Автор считает, что моральный контроль зависит от трех факторов: сравнительного мышления, морального самопознания и волевого акта. Именно в дефекте морального контроля Стилл видел основу заболевания [7, s. 94]. Автор рассматривал генезис СДВГ как следствие пережитых болезней, повреждений в период пренатального развития или родов. Вторая гипотеза основывалась на его исследовании группы из 43 детей с симптомами заболевания и их семей. На основании проведенных наблюдений он сделал вывод о возможном наследовании психических расстройств [18, s. 18]. Обе гипотезы генезиса СДВГ появлялись и в последующих исследованиях.

Гипотеза о биологической основе расстройств, характерных для СДВГ, была подтверждена после эпидемии менингита в 1917-1918 гг. У большого процента переболевших этой тяжелой болезнью детей были зафиксированы симптомы классического поведения СДВГ [1, s. 38]. Тогда этот синдром получил название «постэнцефалитное расстройство поведения». Открытие взаимосвязи между вирусной инфекцией и последующими поведенческими и когнитивными проблемами стало основой для многих других исследований последствий травм и заболеваний. Эти исследования привели к гипотезе, что генезисом СДВГ и его симптомов является повреждение головного мозга, вероятно, лобной доли [18, s. 18]. Из-за массового появления поведенческих расстройств после эпидемии гриппа, СДВГ долгое время трактовалось, как следствие повреждения головного мозга. Но на более поздних этапах

исследования ученые вернулись к понятию врожденной, генетической природы расстройства [8, 23].

Более поздние исследования подтвердили гипотезу о биологической основе теории возникновения СДВГ. Например, ученые Кан и Коэн полагали, что гиперактивность, импульсивность и дефицит внимания связаны с нарушениями нервной системы. В 1937 г. было предположено, что синдром гиперреактивности можно лечить лекарственными средствами [12, s. 25].

Доктор Чарльз Брэдли заметил, что причиной детских затруднений могут быть изменения в физиологии нервной системы. Он заявил об успешных попытках применения препаратов, стимулирующих работу мозга. На основании своих наблюдений Ч. Брэдли начал изучать возможные биологические факторы, вызывающие СДВГ: гены, структуру мозга и физиологию, а также способы и действия препаратов, эффективно облегчающих симптомы расстройства. Брэдли провел исследование на детях с дефицитом внимания и неспособностью к обучению – пациентами Дома Эммы Пендельтон, известной сегодня как Больница Брэдли, где в основном лечили детей с неврологическими травмами и постэнцефалитными состояниями. Это были первые попытки «причинного» лечения гиперактивности [7, s. 96-97].

Ч. Брэдли был племянником Джорджа Брэдли. Единственный ребенок Джорджа, дочь Эмма Брэдли, страдала энцефалитом. В отличие от большинства больных детей, она имела доступ к лучшему лечению той эпохи. Ее родители Джордж и Хелен Брэдли организовали в Помфрете, штат Коннектикут (США) больницу с постоянным врачом, медсестрами и другим персоналом. Супруги пытались получить лучшие советы и рекомендации от крупных медицинских центров для исцеления дочери. Лечение не дало эффекта, и в возрасте 27 лет Эмма Брэдли умерла. После ее смерти родители решили помочь другим детям с аналогичной патологией, и в 1932 г. их усилиями была открыта первая в США детская психиатрическая больница.

Будучи педиатром, Ч. Брэдли стал вторым директором этой больницы. Во время своей работы он проводил обширные неврологические обследования,

которые включали пневмоэнцефалографию – исследование, часто приводившее к сильным головным болям, возникавшим в результате потери спинномозговой жидкости. Пытаясь стимулировать сосудистое сплетение для производства спинномозговой жидкости, врач назначал пациентам специальный психостимулятор, применение которого давало положительные эффекты в поведении и обучении. Препарат не оказывал влияния на лечение головной боли, но изменил поведение пациентов. Они сообщали об улучшении успеваемости, повышении интереса и точности в решении своих задач, снижении физической активности и повышении эмоционального тонуса.

Успехи в учебе были очевидны даже для детей, которые называли препарат «арифметическими таблетками». После такого успеха доктор Брэдли опубликовал несколько статей о поведенческих эффектах психостимуляторов. Затем врач изобрел устройство, помогающее упростить пневмоэнцефалографию у детей, много писал о детской шизофрении. Бредли был первым, кто использовал стационарное лечение для детей с поведенческими проблемами [5]. Его открытие оказало большое влияние на направление будущего лечения СДВГ [8, s. 24]. С конца 1950-х гг. использование стимуляторов в медицинских целях стало значительно увеличиваться. В то же время этот тип лечения был поставлен под сомнение из-за дискуссий о его безопасности [1, s. 38].

Позже в науке была популярна гипотеза о «микросиндроме повреждения мозга». Считалось, что симптомы СДВГ вызваны микроповреждениями мозга. Эту концепцию выдвигали Ф.В. Грайчен, Джеймс Ф. Гарднер, Клаус Минде и др. [3, s. 17].

СДВГ впервые вошел в медицинскую классификацию DSM-II Американской психиатрической ассоциации как «гиперкинетическая реакция детства». Синдром определялся как расстройство, характеризующееся чрезмерной активностью, беспокойством, короткой концентрацией внимания, особенно у маленьких детей. Отмечалось, что симптомы уменьшаются с возрастом [7, s. 97].

Со временем концепция микроповреждения мозга как причина, объясняющая СДВГ у детей, стала подвергаться сомнению. Она оказалась слишком широкой для описания различных симптомов, причины возникновения которых не были точно определены. Они проявлялись как в случае повреждения головного мозга, так и при отсутствии подтвержденных повреждений. Поэтому исследователи начали возвращаться к генетической концепции расстройства. Стали также уделять внимание аномальным механизмам функционирования мозга, таким как снижение реактивности или возбуждения, дефицит нейротрансмиттера или неврологическая незрелость.

Вскоре возникло различие в подходе к этиологии СДВГ в американской и европейской науке. В Европе еще долгое время исследователи оставались сторонниками биологической концепции причины синдрома. Считалось, что симптомы расстройства в основном появляются вместе с признаками повреждения в случае травмы или инфекции центральной нервной системы [18, s. 19].

Начало исследований СДВГ принадлежит Великобритании, однако со временем британские исследователи стали все больше интересоваться психоанализом для лечения отклонений в поведении. Дальнейшее развитие исследований СДВГ проходило уже в США [8, s. 23]. Этот факт оказал влияние на различия в описании расстройства в медицинских классификациях болезней DSM-III и ICD-9 – международной классификации Всемирной организации здравоохранения.

Благодаря работам и исследованиям Вирджинии Дуглас, в DSM-III впервые как главный симптом расстройства был указан дефицит внимания [20]. Для европейской классификации главным симптомом оставалась гиперактивность [7, s. 98].

Даже сегодня в британской классификации СДВГ часто рассматривается как более широкое понятие специальной педагогики «Эмоциональные и поведенческие проблемы» (Emotional and Behavioral Difficulties – EBD). EBD можно назвать культурным термином в английской педагогике. СДВГ

отличается от него перманентностью, биологическим фоном и методами лечения [6, с. 32-33].

Появлялись также и другие концепции причины возникновения синдрома. Например, теория о том, что гиперактивность может вызывать хроническое отравление свинцом или вредное воздействие сахаров, однако эти предположения не были доказаны [3, с. 17].

Наибольшее развитие в проблематике изучения синдрома СДВГ пришлось на 1990-е годы. Медицинские классификации DSM-IV и ICD-10 систематизировали симптомы СДВГ. Благодаря сотрудничеству европейских и американских авторов, критерии СДВГ стали схожими. Классификации имеют различную терминологию, но вместе они подчеркивают, что расстройство не имеет единообразного симптома и оно относится к группе расстройств, связанных с различными проблемами в поведении [15, с. 50].

Классификация DSM-IV различает три типа расстройства: с преобладанием синдрома дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности и импульсивности и смешанный тип. Была принята модель с двумя отдельными измерениями симптомов: невнимательность и гиперреактивность / импульсивность [18, с. 21]. Позже диагностические критерии (DSM-IV-TR) были расширены. Была включена оценка исполнительной функции (прежде всего у взрослых пациентов). Также был отделен тип СДВГ во взрослом возрасте. В 2013 г. вышло новое и актуальное издание DSM-5, которое обновило подход к нозологии СДВГ [см.: 19].

Согласно классификации МКБ-10, принятой в большинстве стран, сегодня СДВГ рассматривается как эмоциональное и поведенческое расстройство, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, которому характерны нарушение активности и внимания (раздел F90.0). СДВГ рассматривается также как гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1) [23, с. 3].

СДВГ присутствует и в других диагностических классификациях. Прежде всего, это RDC-PA Американской академии психиатрии детей и молодежи,

которая, опираясь на DSM-IV, дополнила и создала свои диагностические критерии. СДВГ представлен также в классификации организации «Zero to Three», которая составила классификацию для самых младших – детей от рождения до раннего детства [15, s. 35].

В современной терминологии СДВГ (СДВ) определяется как неврологическо-поведенческое расстройство развития, проявляющееся в детском возрасте и часто переходящее во взрослую жизнь с негативными симптомами. Симптомами синдрома являются трудности концентрации внимания, гиперактивность и плохо управляемая импульсивность. Для лечения синдрома используют бихевиоральную терапию, назначают специальную диету и медикаментозную терапию, также обязательна работа с семьей пациента, которая проводится совместно с педагогами. Используются и другие, менее популярные методы, как, например, БОС-терапия (терапия биологической обратной связи). Практически все специалисты используют комплексный подход в лечении СДВГ [22].

На сегодняшний день лечение СДВГ проходят как дети, так и взрослые. В европейских и американских школах используются интеграционные программы обучения, которые, учитывая особенности и потребности детей с этим расстройством, помогают им приспособиться к учебному процессу. По некоторым оценкам в России программы для интеграции детей со специальными потребностями находятся только в стадии разработки, так же, как и сам подход к лечению СДВГ [см. 13].

На основе анализа литературы, посвященной источникам СДВГ, можно увидеть, что этот синдром не является всего лишь «модным» явлением [14, s. 20], а представляет собой серьезную проблему для функционирования человека. Симптомы СДВГ давно описывались врачами, гипотезы об этиологии этого расстройства были выдвинуты еще несколько столетий назад. Основные задачи, которые стоят перед современными специалистами и исследователями, заключаются в том, чтобы выявить конкретные генетические маркеры расстройства и структурировать его симптоматику.

Список литературы:

1. Amen D.G. Z ADHD można wygrać. Jak pomóc ludziom cierpiącym na ADHD i inne typy zaburzeń uwagi. Konstantin-Jeziorna, 2010.
2. Adult attention deficit hyperactivity disorder [Электронный ресурс] // Wikipedia [сайт]. 2020. URL: <https://goo.su/2hFk> (дата обращения: 03.07.2020).
3. Baranowska W. Nauczyciel a uczeń z ADHD. Kraków, 2010.
4. Bobuła S. ADHD dar specyficzny. Kraków, 2006.
5. Charles Bradley (doctor) [Электронный ресурс] // Wikipedia [сайт]. 2020. URL: <https://goo.su/2hFK> (дата обращения: 03.07.2020).
6. Cooper P., Ideus K. Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową. Poradnik dla rodziców i nauczycieli. Warszawa, 2001.
7. Gorzkowska I., Samochowiec J. Historia zaburzenia hiperkinetycznego (ADHD) na świecie i w Polsce przed ICD-10 i DSM IV-TR // *Psychiatria*. 2012. T. 9. Nr. 3. S. 91-99.
8. Green C., Chee K. Y. Zrozumieć ADHD. Warszawa, 2010.
9. Hallowell E. M., Ratey J.J. Driven to distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder. New York, 1994.
10. Hallowell E. M., Ratey J.J. Delivered from distraction: getting the most out of life with attention deficit disorder. New York, 2005.
11. Hallowell M., Ratey J.J. Jak żyć z ADHD: nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi w świetle najnowszych badań. Poznań, 2007.
12. Hans T. Dzieciństwo a dorastanie z ADHD. Kraków, 2009.
13. Kochurova O. Uczniowie z zaburzeniami zachowania i emocji // A. Guzy, D. Krzyżyk. Praca o specjalnych potrzebach edukacyjnych. Kielce, 2012. T. I. 29-36 c.
14. Kovács H. Kaltenthaler B. Moje dziecko na ADHD. Kielce, 2008.
15. Lipowska M. Dysleksja i ADHD współwystępujące zaburzenia rozwoju. Neuropsychologiczna analiza pamięci. Warszawa, 2011.
16. Myśliwczyk I. Problemy dziecka z ADHD w świetle analiz biograficznych rodziców, Warszawa 2010.

17. Skop M. Pomóż mi samemu zorganizować mój świat. Jastrzębie-Zdrój, 2013.

18. Słopień A. Badania asocjacyjne genów kandydujących w zespole nadpobudliwości psychoruchowej i deficytu uwagi (ADHD) z wybranymi funkcjami poznawczymi. Poznań, 2011.

19. Szewczuk-Bogusławska M., Flisiak-Antonijczuk H. Czy zmiana kryteriów diagnostycznych ułatwi rozpoznanie ADHD u dorosłych? // *Psychiatria Polska*. 2013. T. XLVII. Nr. 2. S. 293-302.

20. Virginia Douglas [Электронный ресурс] // Wikipedia [сайт]. 2020. URL: <https://goo.su/2Hfk> (дата обращения: 03.07.2020).

21. Хэлловэлл Э., Рэйти Дж. Почему я отвлекаюсь: как распознать синдром дефицита внимания у взрослых и детей и что с ним делать / Пер. с англ. В. Горохова. М., 2017.

22. Синдром дефицита внимания и гиперактивности [Электронный ресурс] // Википедия. 2020. URL: <https://goo.su/2HfK> (дата обращения: 03.07.2020).

23. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей: учеб. пособие / Авт.-сост. Романцова Е.Б., Бабцева А.Ф., Молчанова И.Н. и др. Благовещенск, 2009.

Сведения об авторе:

Станишевская Алисандра – докторант Института наук о семье теологического факультета Опольского университета (Ополе, Польша).

Data about the author:

Staniszewska Alisandra – Doctoral Candidate of Family Science Institute, Theology Faculty, University of Opole (Opole, Poland).

E-mail: alisandra.stani@gmail.com.