

Опросник С. Бэм: 30% женщин – фемининны, 70% – андрогинны. Их представления о мужчинах: 5% – ярко выраженная маскулинность, 40% – маскулинны, 55% – андрогинны. 30% мужчин – маскулинны, 70% – андрогинны. Их представления о женщинах: 35% – фемининны, 65% – андрогинны.

Интерпретация результатов проводилась при помощи метода ранговой корреляции 2-х факторов Спирмена. В подростковом и зрелом возрасте подсчитывались коэффициенты ранговой корреляции между рангами октантов наличием фемининных-маскулинных характеристик (индекс андрогинии) и подверженностью личности гендерным стереотипам.

Обобщение полученных в процессе проведенного экспериментального исследования результатов позволило нам более полно охарактеризовать содержательные стороны исследуемых феноменов, их динамику и выявить имеющиеся закономерности.

Мы полагаем, что гендерная идентичность выступает как важная характеристика целостности личности. Прослеживается определенная динамика усвоения гендерных стереотипов в разные возрастные периоды. Исследуемая зависимость между наличием маскулинных/фемининных характеристик (гендерной идентичностью) и подверженностью личности гендерным стереотипам наиболее ярко проявилась в дошкольном возрасте, а в подростковом и зрелом возрасте зависимость между изучаемыми характеристиками не найдена. Следовательно, для данных возрастов соответствие гендерным стереотипам не столь значимо, чем в дошкольном возрасте. Это может быть объяснено тем, что в нашем обществе изменяются традиционной системы полоролевых стереотипов, серьезно влияя при этом на поведение мужчин и женщин. Жесткая нормативность и поляризация деятельности и установок постепенно уступает место принципу индивидуальной вариабельности, которая зависит от половой принадлежности индивида, но отнюдь не сводится к ней.

Необходимо также обратить внимание и на следующие моменты:

- по соматическим признакам существуют выраженные отличия между мужчинами и женщинами. Однако эти признаки жестко не детерминируют поведенческие реакции, в их влиянии на поведение значимую роль играют социальные факторы. Гендерная социализация выступает как процесс усвоения норм, правил поведения, установок в соответствии с представлениями о роли, положении и предназначении мужчины и женщины в обществе;

- если до недавнего времени делали акцент на предотвращение феминизации мальчиков, то сегодня, как это следует из полученных нами данных, не меньшее внимание должно быть уделено предотвращению психологической маскулинизации девочек, а решение проблемы оптимизации полоролевого воспитания отношений между полами становится еще более актуальным.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Коломинский Я.Л., Мелтсас М.Х. Ролевая дифференциация пола у дошкольников // Вопросы психологии. – 1985. – №3. – С.165–171.
2. Сапогова Е.Е. Психология развития человека. – СПб., 2000.
3. Абраменкова В.В. Половая дифференциация и межличностные отношения в детской группе // Вопросы психологии. – 1987. – №5. – С.70–78.
4. Майерс Д. Социальная психология. – СПб.: Изд-во “Питер”, 1999.
5. Практикум по гендерной психологии / Под ред. И. Клециной. – СПб.: “Питер”, 2003.
6. Бери Ш. Гендерная психология. – СПб.: “Прайм – ЕВРОЗНАК”, 2002.
7. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии. – СПб.: Изд-во “Питер”, 2000. – 896 с.
8. Реан А.А. Психология изучения личности: учебное пособие. – СПб., 1999.
9. Каган В.Е. Семейные и полоролевые установки у подростков // Вопросы психологии. – 1987. – №2. – С. 54–61.
10. Юферева Т.И. Образы мужчин и женщин в сознании подростков // Вопросы психологии. – 1985. – №3. – С. 84–90.
11. Митина О.В., Петренко В.Ф. Кросскультурные исследования стереотипов женского поведения // Вопросы психологии. – 2000. – №1. – С. 68–85.
12. Кудинов Г. Полоролевые аспекты любознательности подростков // Психологический журнал. – 1998. – Т.19. – №1. – С. 26–36.
13. Романов И.В. Особенности половой идентичности подростков // Вопросы психологии. – 1997. – №4. – С. 39–47.
14. Агеев В.С. Влияние факторов культуры на восприятие и оценку человека человеком // Вопросы психологии. – 1985. – №3. – С. 135–140.

УДК 159.9:377.5

Даниленко А.В.

СООТНОШЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО В ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Гиперкинетический синдром под разными названиями известен более 140 лет. Во всем мире гиперактивность скрывается за общепринятой аббревиатурой ADHD (англ. *Attention Deficit / Hyperactivity Disorder*), которая была предложена широко известной Классификацией Американской Психиатрической Ассоциации (DSM – IV). В Международной классификации болезней (ICD – 10), предложенной Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), она выступает как «гиперкинетическое нарушение», в отечественной науке известно как «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) [1, 11]. В Польше гиперактивность определяет-

ся как комплекс двигательной-психической сверхвозбудимости и дефицита внимания. На наш взгляд данная формулировка более точно отражает особенности упомянутой проблемы. Сверхвозбудимость может быть не только двигательной, как подразумевается формулировкой «гиперкинетическое нарушение», но также, познавательной и эмоциональной. Не совсем удачным нам видится и определение «синдром дефицита внимания с гиперактивностью», поскольку, как это будет сказано ниже, не всегда дефицит внимания является доминирующим, первостепенным проявлением синдрома.

Число детей с гиперкинетическим синдромом растет во

Даниленко Алла Виленовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии развития Брестского государственного университета им. А.С. Пушкина. Беларусь, БрГУ, 224665, г. Брест, ул. Советская, 8.

всем мире. Еще 20-30 лет назад о нем не говорили в таком масштабе, как сейчас. Рост числа выявленных случаев многие авторы связывают с осознанием данной проблемы. Так, принятие в США Устава, накладывающего на школы обязанность диагностировать это нарушение и оказывать помощь детям, у которых оно выявлено, привело к тому, что с 1990 по 1993 годы число зарегистрированных случаев увеличилось трехкратно [6, 111]. В США, например, гиперактивных детей – 4-20%, Великобритании – 1-3%, Италии – 3-10%, в Китае – 1-13%, Австралии – 7-10%, России – 4-18% [3, 3].

Согласно большинству исследователей, гиперактивность выступает во всем мире и во всех культурах. Частота ее проявления у детей младшего школьного возраста составляет 3-10%, а по некоторым данным – даже 24%. Самое большое число проявлений синдрома отмечается у детей в возрастном диапазоне 6-8 лет. Согласно мировым данным, только 1/5 общего числа гиперактивных детей во всем мире попадает под внимание специалистов [11, 42].

Гиперактивность является стабильной чертой ребенка, которая может меняться с возрастом, может выражаться в различной степени в зависимости от ситуации. Отмечается, что проявления синдрома гиперактивности продолжают сохраняться у 70% подростков и около 40% взрослых людей [4, 175]. По данным других исследователей эта проблема выявляется у 2% популяции взрослых [6, 113]. Кроме того, распознать гиперкинетическое нарушение у взрослого человека гораздо сложнее, чем у ребенка. Для данного нарушения характерны три группы проявлений:

- нарушения внимания или невозможность его концентрации;
- чрезмерная импульсивность;
- чрезмерная подвижность.

Эти черты определяют постоянные образцы поведения. В зависимости от требований или терпимости окружения, такие проявления могут в большей или меньшей степени осложнять жизнь ребенку или окружению. Классификацией DSM – IV выделяются подтипы ADHD: тип с преобладанием нарушений концентрации внимания, тип с преобладанием чрезмерной двигательной активности и импульсивности (которые сочетаются друг с другом) и смешанный тип.

В зависимости от принятой дефиниции СДВГ, возраста исследуемых и других факторов, соотношение мальчиков к девочкам с данным синдромом во всем мире составляет от 2,5:1 до 10:1 [10, 429-433]. По данным исследований, в США, это соотношение – 4:1 [11, 42]. Такая разница в показателях, по мнению некоторых авторов, вытекает из факта «незначительного общественного вреда», т.е. связывается с недооценкой проблемы двигательной сверхвозбудимости среди девочек. В связи с тем, что у них чаще выступает подтип с преобладанием нарушений концентрации внимания (в отличие от мальчиков, у которых главной проблемой обычно является двигательная сверхвозбудимость), это нарушение остается незамеченным учителями и родителями. Девочки с такими проявлениями могут спокойно усидеть на месте и не крутятся постоянно под ногами. По той же причине, большее число мальчиков, чем девочек, попадает под внимание специалистов. В исследованиях, проведенных в Германии, отмечается, что учителя указывают меньшее число девочек, у которых может выступать проблема чрезмерной подвижности, чем их реально выявляется с помощью специальных диагностических опросников [11, 42].

Следует отметить, что данная проблема гораздо более осознана во многих зарубежных странах, в том числе и Польше, где осуществляется подготовка специалистов, работающих с детьми, имеющими вышеупомянутое нарушение, обучается персонал учебных учреждений, проводится актив-

ное освещение проблемы, работа с семьями и родителями детей с данным диагнозом.

Педагоги и воспитатели Польши, работающие с таким контингентом детей, отмечают, что после знакомства со специальной литературой, по окончании многочисленных курсов, возможность помощи детям стоила огромных усилий. Но еще больших усилий требовалось на то, чтобы убедить родителей, что их ребенок не хуже всех остальных, просто он нуждается в постоянном контроле и помощи, в специальном подходе к нему [8, 21].

Этиопатогенез синдрома гиперактивности является сложным и не до конца выясненным. Существует множество теорий объясняющих формирование синдрома на неврологической, нейрофизиологической, нейробиохимической, иммунологической, и воспалительной основе. Некоторые авторы считают, что нарушение может носить врожденный и приобретенный характер.

В 50 – 60-е гг. XX века весьма популярным являлся взгляд, согласно которому, причиной комплекса двигательнопсихической гиперактивности являются перинатальные микропоражения центральной нервной системы (ЦНС). Однако было доказано, что у многих детей с синдромом не обнаруживается микропоражений ЦНС, в то время как у множества здоровых такие поражения присутствуют. Это может являться причиной только для тех детей с синдромом гиперактивности, у которых микропоражения затрагивают отделы мозга, отвечающие за сферу внимания и контроля над импульсивностью (например, лобную долю). Поскольку внимание и контроль поведения нуждаются во взаимодействии многих участков мозга, проявления сверхвозбудимости могут сопутствовать каждому поражению мозга: пренатальному, в результате несчастного случая или воспаления [11, 18].

Похожая судьба была и у теории, которая утверждала, что комплекс двигательнопсихической сверхвозбудимости является следствием продолжительного отравления свинцом. Исследователи Университета в Питтсбурге обнаружили существенную статистическую корреляцию между детьми отравленными свинцом (с большим содержанием свинца в костях) и теми, которые совершили разные преступления [6, 115]. Отравление свинцом приводит к серьезным нарушениям в работе головного мозга. Проводились исследования, которые ставили целью выявление такой зависимости у детей с диагнозом СДВГ. Однако в многочисленных исследованиях было доказано, что это характерно только для небольшой группы детей [11, 18].

В 60-е гг. доктор Б. Фейнгольд (Benjamin Feingold) утверждал, что причиной нарушения может быть наличие в употребляемых детьми продуктах красителей, консервантов или натуральных салицилатов [11, 18]. В 1973 г. он выдвинул гипотезу о связи гиперактивности с пищевой аллергией. Речь здесь шла главным образом об искусственных пищевых добавках – красителях и консервантах. Он разработал специальную диету, из которой исключил красители и такие консервирующие субстанции, как салицилаты и их растительные аналоги – натуральные салицилаты, содержащиеся в клубнике, ананасах, помидорах или липовом чае. Вначале доктор Фейнгольд заявил, что его диета помогает половине сверхвозбудимых детей. Но этот энтузиазм оказался преждевременным. В США была создана специальная комиссия, которая должна была оценить, как искусственные добавки к пище влияют на сверхвозбудимость. Ни одной группе исследователей данные результаты подтвердить не удалось. Контрольные исследования, в которых ни родители, ни дети не знали, что содержат продукты питания, которые получал ребенок, показали, что улучшение наблюдалось только у 10% гиперактивных детей, соблюдающих диету Фейнгольда. А некоторые исследователи вообще не выявили существенной зависимости.

В лечении гиперактивности, как и в медицине вообще, в последние годы начинают обращать все более пристальное внимание на особенности питания. Утверждение, что здоровым питанием можно вылечить всякие болезни, приобретает все большую значимость. Но до сих пор однозначно не доказано, что какая-либо диета может ликвидировать проявления гиперактивности у большой группы детей.

Существующие способы диетического лечения гиперактивности можно разделить на две группы: 1. *диеты обогащенные* (т.е. те, к которым добавляются витамины, цинк, зелень, мед, масло из семян *Oenothera* и т.п.); 2. *диеты исключающие* (те, из которых следует исключить сахар, красители, консерванты, антиокислительные субстанции) [11, 83].

Среди обогащенных диет особое внимание уделяется включению в рацион сверхвозбудимых детей диеты, богатой витаминами, особенно группы В и микроэлементами типа цинка и магния. Ее основанием является предположение о том, что если дети, у которых отмечается недостаток витаминов и магния бывают беспокойными и возбудимыми, то введение их в рацион позволит снизить данные проявления. Однако до сих пор не существует солидных исследований на большом количестве детей, которые подтвердили бы результативность введения витаминно-минеральных добавок в рацион, с целью лечения сверхвозбудимости детей не являющейся результатом их истощенности.

Исключающие диеты стали популярны с середины 70-х. К их числу относят вышеупомянутую диету Фейнгольда. Согласно другой теории, причиной гиперактивности является употребление ребенком сахара. В специальной литературе описываются случаи, когда исключение сахара из рациона питания детей и замена его медом принесло известные результаты. Однако, более поздние исследования, проведенные на больших группах детей, не подтвердили этих данных. Дети, употребляющие мед вместо сахара, оставались такими же чрезмерно подвижными, импульсивными и невнимательными, как и прежде [11, 18]. Существуют также исследования, в которых здоровой и гиперактивной группам детей через два часа после завтрака с повышенным содержанием белков или углеводов давали большое количество сахара или плацебо (С.К. Connors et Al., 1986). Прием сахара после «углеводного завтрака» приводил к ухудшению показателей внимания по данным психологического тестирования. Употребление сахара после «белкового» завтрака не сопровождалось такими изменениями. Невнимательность и сонливость, развивающиеся после приема исключительно углеводов, обуславливаются увеличением синтеза серотонина в мозге [2, 47].

Несомненно, что составляющие питания не являются основной причиной гиперактивности, однако у детей с пищевой аллергией значительно чаще, чем у здоровых, отмечаются чрезмерная подвижность, тревожность, импульсивность [12, 73]. Кроме того, у 1/3 детей, страдающих астмой, наблюдается проявление гиперактивности, однако редко проявляются нарушения внимания, характерные для СДВГ [11, 85]. Следует также принять во внимание то, что у определенной части гиперактивных детей склонных к аллергиям, проявления могут усиливаться под действием аллергенов, находящихся в продуктах питания. Выделено около 50 продуктов питания, непереносимость которых может проявляться в изменении поведения. Если удастся установить аллерген, то у нескольких процентов гиперактивных детей соблюдение диеты приносит результат. Если диета не влияет на поведение – нет смысла ее продолжать.

Многие годы основной причиной гиперкинетического синдрома считалась неблагоприятная домашняя обстановка или ошибки родителей в воспитании детей [4; 11; 9]. Однако результаты новейших исследований и обнаружение биологических механизмов, отвечающих за возникновение СДВГ,

привели к тому, что данная теория не оправдала себя. Можно утверждать только то, что сложная домашняя ситуация, отсутствие согласованности и постоянства в нормах и требованиях к ребенку, а также значительная импульсивность самих родителей, могут усиливать проявления, свойственные синдрому гиперактивности [11, 18].

Оригинальный взгляд, который вызывает интерес, но не разделяется большинством других исследователей гиперкинетического нарушения, представляют некоторые немецкие ученые [9, 13]. Они усматривают причины гиперактивности, прежде всего, в цивилизационных изменениях, в утрате традиций, в неоднозначности требований к детям, в недостатке глубокой чувственной связи между ребенком и матерью вследствие различных причин, что провоцирует появление у ребенка чувства глубокого беспокойства и тревоги. Авторы утверждают также, что гиперактивность только в небольшом количестве случаев является болезнью (вследствие аллергий или мозговых дисфункций). «Чаще всего здесь мы имеем дело с реакцией на стресс, который появляется как раз на тех этапах развития ребенка, когда он является особенно восприимчивым и это мешает ему самостоятельно владеть своими чувствами» [9, 13].

«Мы неоднократно являлись свидетелями появления гиперактивности и знаем, что она является последствием более глубокого и широко мотивированного явления, которым является беспокойство. Спровоцированная внутренним беспокойством, жизненная энергия, преобразуется и проявляется в лихорадочном, сверхактивном и очень изменчивом поведении. Лихорадочность, в свою очередь, воздействует на внутреннее беспокойство и усиливает его. Таким образом, стресс постоянно накапливается и порочный круг замыкается. В таком понимании гиперактивность является нарушением психосоматическим, что как диагноз имеет небольшую ценность» [9, 13].

По мнению авторов, причину внутреннего беспокойства нельзя приписывать детям или искать ее в родителях. Причиной является дух времени, жертвами которого являются наши дети. Проблемы, возникающие у детей, с точки зрения авторов, проявляются в богатых обществах, в которых взрослые стремятся к власти. Общим симптомом всех цивилизационных болезней является беспокойство.

Авторы отмечают, что мальчики являются более податливыми мозговым дисфункциям, чем девочки, поэтому у них чаще, чем у девочек выступает не только гиперактивность, но и другие нарушения развития.

Результаты исследований этих ученых свидетельствуют, что беспокойство проявляется от рождения у 20% обследованных ими детей. У 6,4% детей повышенная активность отмечается в первые месяцы жизни. Остальные дети до 9 месяцев являлись спокойными, а беспокойство проявилось в промежутке от 9 до 18 месяцев. У половины исследуемых детей эта особенность проявилась вместе с приобретением способности передвигаться, т.е. около 12 месяца жизни. У 32% беспокойство проявилось вместе со способностью ползать, а у 18% - в течение нескольких месяцев после совершения первого шага [9, 27].

По мнению авторов, данное нарушение присуще только Европейскому культурному кругу и характерно исключительно для современного периода [9, 117-125]. В обществах менее индустриализированных, например, в странах Третьего Мира, ребенок большую часть времени проводит «сидя» на спине матери и поэтому в этих странах гиперактивность не выступает, равно, как и в тех, где существует традиция к сдерживанию двигательной активности (например, тугое пеленание).

В связи с тем, что среди гиперактивных детей многие появились на свет недоношенными, раньше времени, или неестественным путем, они вынужденно отлучались от матери, которая задает ритм их двигательной активности и дает ощущение покоя. Все это ребенок получал от матери еще до рождения

через частоту ее сердечных сокращений; ритм дыхания, сна и бодрствования; размерность движений; высоту, тембр и интонацию голоса; запах; тепло; прикосновение и давление стенок матки на тело ребенка, который всем этим был, как бы защищен от внешних воздействий. Когда ребенок вдруг лишается всего этого одновременно, охватывающее его беспокойство провоцирует появление хаотичной активности, которая скоро становится стереотипом поведения. Подобными последствиями чревата и разлука с матерью в период раннего онтогенеза, в связи с болезнью и госпитализацией ребенка.

Некоторые российские авторы отмечают также, что к гиперактивности может привести отравление ребенка наркотиком при кесаревом сечении и различные проблемы в родах [2].

Новейшие исследования показывают, что если у кого-либо из близких или дальних кровных родственников проявлялись признаки синдрома, то риск его проявления у очередного члена семьи в 5-7 раз выше, чем в семьях, в которых этой проблемы не существовало. Риск проявления синдрома гиперактивности возрастает до 50%, если один из родителей имел, либо имеет гиперкинетическое нарушение [11, 19-21; 7, 10]. Эти факты свидетельствуют о том, что СДВГ является нарушением, передаваемым из поколения в поколение, т.е. обусловленным генетически.

Эту гипотезу подтвердили исследования, проведенные на близнецах. Результаты эксперимента, осуществленного в Университете Колорадо, показали, что частота проявлений синдрома у второго близнеца выше у гомозиготных (в 11-18 раз чаще), нежели у гетерозиготных пар [11, 19].

В настоящее время считается, что гиперактивность скорее имеет полигенное (если можно так условно выразиться) происхождение, в том смысле, что обусловлена не одним, а несколькими генами. Установлено, что гены влияют на активность процессов, происходящих в головном мозге. Во многих исследованиях, в которых оценивалось строение и работа мозга, оказалось, что у людей с данным синдромом могут иметь место специфические образцы переработки информации. Этот факт обуславливает и то, что гиперактивные дети не могут среди множества раздражителей выделить существенный, главный.

Клетки мозга не имеют непосредственных связей. Они общаются при помощи специальных химических связей – нейротрансмитеров или мозговых гормонов. В исследованиях конца XX века установлено, что у людей с СДВГ нарушено равновесие между двумя основными передатчиками – норадреналином и дофамином [11, 19-21; 6, 112-113]. Нарушение баланса дофамина рассматривается как основная черта гиперактивных людей. Его уровень отвечает за состояние готовности к отбору и переработке информации, и за способность нашего сознания к концентрации на одном избранном раздражителе. Именно уровень дофамина позволяет нам отделить несущественную информацию и удержать внимание на важной. При синдроме гиперактивности, чаще всего отмечаются изменения в гене DAT1, контролирующем выработку дофамина в мозге.

Роль норадреналина в синдроме гиперактивности изучена слабее. По всей видимости, он отвечает за реакцию «борьбы или бегства». Он позволяет быстро распознать раздражитель, который может являться угрозой, и мобилизует организм к действию, помогает сосредоточиться на всем новом и непривычном. Недостаток норадреналина может провоцировать недооценку угрозы, а его избыток приводит к тому, что организм пребывает в состоянии постоянного возбуждения.

Однако существует еще один медиатор – серотонин. Он отвечает за регуляцию нашего настроения – за удовлетворенность, соответствующий ритм сна, позитивное мышление, соблюдение сроков, а также за контроль над поведением. У импульсивных людей наблюдается недостаток серотонина

[11, 19-21; 6, 112-113]. Хотелось бы отметить некоторое несоответствие в оценке роли серотонина, выявляющееся при анализе американской и европейской научной литературы, а также работы российского исследователя [2].

Несмотря на то, что действие некоторых медиаторов изучено достаточно, остается неизвестным, каким образом они влияют на переработку мозгом информации, а, следовательно, как управляют нашим поведением. Установлено только то, что у людей с СДВГ нарушено их равновесие.

Подводя итог вышесказанному, можно предположить, что в формировании данного синдрома большую роль играют биологические факторы. По данным исследований (Заваденко Н.Н., 2000) повреждения центральной нервной системы стали причиной в 84% случаев, генетические механизмы – в 57%, а в 41% случаев при этом, этиология и патогенез синдрома носили комплексный характер и определялись сочетанным влиянием этих двух факторов [2, 58]. Неврологические нарушения как первопричину возникновения синдрома гиперактивности также называют исследователи из Университета в Кембридже [5, 37]. Они считают, что в большинстве случаев причиной мозговой дисфункции в СДВГ является генетическая предрасположенность. По данным проведенных ими исследований, в 70% неврологических случаев причины кроются в биологической природе ребенка, а от 20 до 30% случаев провоцируются средовыми факторами. По нашему мнению, в этиологии данного нарушения все же лежит биологическая обусловленность, а социально-психологические факторы могут существенно влиять на проявления гиперактивности, усугубляя или смягчая эти проявления.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Непоседливый ребенок или все о гиперактивных детях. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2001.
2. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. – М.: Школа-Пресс, 2000.
3. Сиротюк А.Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. – М.: ТЦ Сфера, 2002.
4. Bury P. Czynniki rodzinne jako element ryzyka zespołu nadpobudliwości psychoruchowej // Postępy psychoterapii. Problemy małżeństwa i rodziny. Pod red. L. Gąpka i A. Wóznia. Tom IV. – Poznań: P.W. „INTERFUND”, 2002.
5. Cooper P., Ideus K. Zrozumieć dziecko z nadpobudliwością psychoruchową. Poradnik dla rodziców i nauczycieli. – Warszawa: Wydawnictwo APS, 2001.
6. Gamon D.D., Bragdon A.D. Co potrafi twój mózg. - Warszawa: Wydawnictwo MEDIUM, 2003.
7. Hallowell E.M., Raley J.J. W świecie ADHD. Nadpobudliwość psychoruchowa z zaburzeniami uwagi u dzieci i dorosłych. – Poznań: MEDIA RODZINA, 2004.
8. Krawiec W., Szadkowska A. Praca z dziećmi nadpobudliwymi w szkole i w domu // Problemy opiekuńczo wychowawcze. – Warszawa: Instytut rozwoju służb społecznych. №2, 2003.
9. Prekop J., Schweizer Ch. Niespokojne dzieci. Poradnik dla zaniepokojonych rodziców. - Poznań: MEDIA RODZINA, 1997.
10. Swanson J.M., Sergeant J.A. et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. The Lancet, 1998.
11. Wolańczyk T., Kołakowski A., Skotnicka M. Nadpobudliwość psychoruchowa u dzieci. Prawie wszystko co chcielibyście wiedzieć. Książka dla rodziców, nauczycieli i lekarzy. – Lublin: Wydawnictwo Bifolium, 1999.
12. Wolfram Wolf-Wedigo. Nadpobudliwe i niespokojne dzieci w przedszkolu. Poradnik dla wychowawców i rodziców. – Kielce: Wydawnictwo JRDNOŚĆ, 2002.