

Стратегии адаптации детей с СДВГ к учебному процессу

Адашкина А.А.,

кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогической психологии,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
aadaskina@mail.ru

Статья содержит обзор зарубежных работ, посвященных проблеме адаптации детей с СДВГ к школе. В рассмотренных исследованиях выделяется ряд тем, которые можно сгруппировать следующим образом: часть из них касается детального исследования социальных, педагогических и психологических проблем, возникающих у детей с СДВГ; другие посвящены медицинским аспектам лечения СДВГ при помощи психостимуляторов, в них обсуждается целесообразность и эффективность подобного лечения и связанные с ним риски. Однако в данной статье мы сделали акцент на исследованиях, имеющих выраженный психолого-педагогический аспект, т. е. таких, в которых изучаются факторы, способствующие успешности адаптации детей с СДВГ к школьному обучению и приводятся конкретные рекомендации, касающиеся различных сторон организации учебного процесса (обучение детей навыкам самоорганизации, эффективная организация классной среды, обучение детей с СДВГ компенсирующим навыкам, эффективные способы подачи материала и проверки знаний). Описанные стратегии опираются, в основном, на поведенческие методы, которые зарекомендовали себя как достаточно эффективные при коррекции поведенческих и учебных проблем детей с СДВГ.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ, ADHD), стратегии адаптации детей с СДВГ, рекомендации учителю, развитие навыков самоорганизации у детей с СДВГ.

Для цитаты:

Адашкина А.А. Стратегии адаптации детей с СДВГ к учебному процессу [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2016. Том 5. № 3. С. 35–40. doi:10.17759/jmfp.2016050304

For citation:

Adaskina A.A. Adaptation strategies of children with ADHD to the educational process [Elektronnyi resurs]. *Journal of Modern Foreign Psychology*, 2016. Vol. 5, no. 3, pp. 35–40. doi:10.17759/jmfp.2016050304 (In Russ., Abstr. in Engl.).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (ADHD или СДВГ), по данным американской психиатрической ассоциации [2], диагностируется у 3–5% детей школьного возраста, некоторые авторы приводят данные о 5–7% [1]. В связи с распространенностью этого нарушения во всем мире широко обсуждаются медикаментозные и не медицинские модели помощи ученикам с этим диагнозом, так как именно среди них высок процент неуспевающих и плохо адаптированных школьников.

Дети с СДВГ часто испытывают сопутствующие эмоциональные и социальные проблемы, что, по данным массового американского исследования [1], приводит к увеличению пропусков занятий и обращений за медицинской помощью. Социальные трудности, присутствующие в различных формах, могут приводить к конфликтам в семье и проблемами в общении со сверстниками. В исследованиях австрийских ученых [5] определена специфика социальных проблем детей с СДВГ, в частности, показано, что эти дети испытывают трудности при самопрезентации, предпочитая самые простые и не самые эффективные способы (в частности, саморекламу), что приводит к сложностям в общении с ровесниками (около 80% детей с СДВГ испытывают стойкое неприятие со стороны сверстников). У детей с СДВГ часто ослаблен контроль над эмоциями, снижен уровень эмпатии, наблюдаются вспышки агрессии.

Авторы [1; 3] указывают также на высокое эмоциональное неблагополучие детей с СДВГ, которое усиливается в связи со сложностями адаптации к школе. Примерно одна треть обследованных детей с СДВГ, по отчетам их родителей, являются высокотревожными. 16,5% родителей указали, что ребенку поставлен диагноз «депрессия», на наличие фобий у детей указали 7,2% опрошенных родителей (выборка составила около 6000 школьников и их родителей). Большинство обследованных детей принимали препараты для усиления концентрации внимания, которые сами по себе могут влиять на психологическое состояние и настроение.

В России наряду с термином СДВГ используется термин ММД (минимальные мозговые дисфункции). В частности, этой проблематике посвящены работы Н.Н. Заваденко [1], Г.Б. Мониной с соавторами, Л.А. Ясюковой [3], содержащие описание медицинских подходов и принципов коррекционной работы, а также конкретные рекомендации, которые могут быть использованы как педагогами, так и родителями для оптимизации школьной и домашней жизни ребенка. Особенно хочется обратить внимание читателей на брошюру Л.А. Ясюковой, в которой четко изложены правила организации учебной деятельности детей с ММД. Впрочем, эти работы издавались, доступны русскоязычному читателю, поэтому в данной статье мы не будем задерживаться на них, а остановимся на зару-

бежных материалах, дополняющих и конкретизирующих разработки отечественных авторов.

Наиболее громкие дискуссии в последние годы разворачиваются вокруг использования психостимуляторов (риталин, концерта — препаратов, запрещенных в России, но широко применяемых в США, странах Европы, Израиле, Японии и других странах), используемых для коррекции поведения детей с СДВГ, а также препаратов со сходным действием, но относящихся к другим группам (например, препарат страттера, который разрешен в России) [4; 11]. Данные медикаменты, относящиеся к группе наркотических средств, имеют много побочных эффектов (иногда психотического свойства), могут вызывать привыкание, а также синдром отмены. Действие этих медикаментов краткосрочно (10–12 часов). В этот период ребенок способен лучше концентрировать внимание, успешнее справляться с учебной нагрузкой, однако после отмены препарата невнимательность и гиперактивность возвращаются в прежней, а иногда и в большей степени.

В зарубежной практике (США, Канада и другие страны) решение об использовании лекарств принимается врачом совместно с родителями, часто ребенок тоже участвует в обсуждении. Для принятия ответственного решения родители должны быть информированы о действии препаратов, возможных побочных эффектах, вероятном изменении поведения и настроения ребенка вследствие приема препаратов. Учителя не должны давать родителям советы по поводу принятия лекарств, но могут предоставить данные наблюдений за ребенком, если требуется мониторинг действия препаратов [5].

Однако использование лекарственных препаратов не может быть единственной формой помощи ребенку с СДВГ. Препараты могут помочь сконцентрировать внимание на определенное время, но они не способны компенсировать отсутствующие навыки и знания. Поэтому важным аспектом работы с детьми с СДВГ является немедикаментозная коррекция [5; 9]. Школьникам с СДВГ полезна корректировка различных сторон их жизни. Одним из важных направлений работы является консультирование учителей, которые ежедневно сталкиваются с учениками с дефицитом внимания. Педагог должен уметь взаимодействовать с детьми с СДВГ, понимать их особенности и придерживаться определенных стратегий поведения. Во многих странах мира разработаны специальные рекомендации и программы для учителей по работе с детьми с СДВГ. Остановимся более подробно на соответствующих канадских разработках [5]. В статье приводятся конкретные рекомендации по организации учебного процесса учеников с СДВГ.

Одно из направлений работы учителя — применение стратегий повышения самооценки учащихся. Многие дети с СДВГ не обладают необходимыми для успешного обучения навыками и достаточной социальной компетентностью. Это неизбежно сказывается

на самооценке. Понимание и поддержка со стороны учителя часто оказывают положительное влияние на детей с СДВГ, повышая их самоуважение и веру в свои силы. В каждом конкретном случае нужно выбрать наиболее подходящие стратегии повышения самооценки ребенка: участие в доступной ребенку, хорошо структурированной деятельности, такой как каратэ или балет, спортивные занятия (плавание, бег или теннис), волонтерство (например, в детских клубах, столовых, больницах, работа с младшими детьми).

Другой важный аспект — организация окружающей среды. Учитель, понимающий особенности детей с СДВГ, прекрасно знает, как слабо у таких детей развиты навыки самообслуживания и самоуправления, как трудно им контролировать время, вовремя самостоятельно начать работу, помнить требования и сроки сдачи заданий, а также регулярно посещать школу. Разработан ряд рекомендаций, которые помогут ученикам компенсировать их ограниченные навыки самоорганизации. Сюда входят перечни необходимых материалов, планы, в которых четко расписаны требования и сроки выполнения заданий, правила для обеспечения согласованной работы учеников. Особое внимание уделяется «умению учиться», а также стратегиям пошагового решения заданий.

Еще один момент, который поможет учителю — стратегии для размещения детей с СДВГ в классе, которые помогут создать удобные условия для работы.

- Учеников просят назвать 3–4 одноклассников, с которыми они хотели бы сидеть; рядом с кем им было бы комфортно работать и лучше выполнять свою работу. Собрав эту информацию, учитель старается сделать так, чтобы каждый ученик мог сидеть рядом с 1–2 из выбранных одноклассников.

- В классе создаются «спокойные» рабочие площадки, вдали от других детей. Здесь ребенок может уединиться и сосредоточиться на задании.

- Учителям рекомендуется обеспечить дополнительный рабочий стол (или даже два) в классе, чтобы ученики могли переходить от одного стола к другому для выполнения различных видов деятельности.

- При выполнении некоторых заданий учащиеся могут слушать учебные материалы или музыку в наушниках, чтобы не отвлекаться на посторонние звуки.

- Детям, имеющим трудности с концентрацией внимания, необходима близость к учителю, близость к детям, демонстрирующим позитивные модели поведения, а также максимальная удаленность от отвлекающих раздражителей (например, от окон).

Важное направление помощи детям с СДВГ — обучение их навыкам самоорганизации. Таким ученикам пригодятся *органайзеры, папки-скоросшиватели*, в которых ребенок будет хранить разложенные по темам учебные материалы. Целесообразно использовать цветные маркеры, чтобы пометить одним цветом материалы, относящиеся к одному предмету. Этими приемами могут пользоваться несколько детей в классе, имеющих проблемы с самоорганизацией, однако более

эффективно, если такие приспособления используют все ученики.

Важно научить школьников использовать повестку дня, списки дел, а также приучать подводить итоги выполненного, например, раз в день. Организационная поддержка заключается также в том, чтобы помочь ученику установить краткосрочные цели и обеспечить возможность самооценки прогресса в достижении этих целей.

Специалисты рекомендуют максимально информативно организовать классное пространство, использовать стенды и доски для написания списков необходимых предметов, тем уроков, домашних заданий, чтобы перед глазами ребенка постоянно находился распорядок дня и необходимые для выполнения заданий памятки. В канадских школах рекомендуется вывесить внутри школьного шкафа список необходимых материалов и предметов, которые должны в нем находиться.

В канадских школах широко используются стратегии, направленные на улучшение связей «школа–дом». Ученики с СДВГ в большинстве случаев неспособны самостоятельно решить организационные проблемы, связанные с учебой. Специалисты рекомендуют четко информировать родителей о заданиях, проектах и предстоящих испытаниях. Если дома используется дополнительный комплект учебников, то ребенок будет реже терять книги. Учителя могут привлечь родителей к постоянному участию в школьной жизни ребенка с помощью ежедневных отчетов. В некоторых случаях учителя и родители могут договориться о системе поощрений, при которой баллы, заработанные в школе за успехи в учебе и в поведении, родители обменивают на определенные льготы дома.

Образовательная среда, благоприятная для учеников с СДВГ, — также результат тщательного планирования. Часто создается впечатление, что ученики с СДВГ умышленно избегают работы, но обычно они делают это в тех случаях, когда чувствуют, что им не хватает навыков, необходимых для выполнения задания. Представленные ниже стратегии помогут учителям правильно построить работу с учениками с СДВГ. Эти стратегии также могут быть полезны другим учащимся в классе.

Необходима такая организация занятий в классе, которая требует активного обучения и высокой скорости отклика от учеников. Использование такого дидактического стиля позволяет учащимся активно участвовать в работе класса, и ученики дольше останутся сконцентрированными. В том случае, когда дети должны сидеть и слушать в течение длительного времени, учащиеся с СДВГ начинают демонстрировать невнимательность, гиперактивность и агрессивное поведение.

- **Предоставление ученикам плана той информации,** которая будет представлена в виде лекции с просьбой заполнить пропущенные места или дополнить некоторые пункты.

- **Использование групповой работы,** во время которой дети могут читать, задавать вопросы друг другу,

пока учитель работает с большой группой, а каждый ребенок ожидает своей очереди ответить.

- **Поощрение учеников в том, чтобы они демонстрировали результаты обучения различными способами,** в том числе в виде устных презентаций, инсценировок, обсуждений, аудио или видеозаписей.

Учителям рекомендуют чаще давать короткие проверочные задания и реже использовать серьезные контрольные, требующие запоминания большого объема информации, разрешать детям сдавать тесты и экзамены устно, позволять ученикам делать аудиозаписи, решать задачи с помощью калькулятора или справочных таблиц, что позволит учащимся, имеющим трудности в запоминании, работать не хуже остальных.

Учителю рекомендуется использовать такие коммуникативные стратегии, которые помогут наладить контакт с учениками, снизить риск негативных переживаний, а также агрессивных реакций учеников. Лучше, если учитель в течение урока перемещается по классу, устанавливает зрительный контакт с как можно большим числом детей, желательно еще до того, как он начал давать инструкции. Если в какой-то области есть определенный прогресс, то нужно, не откладывая, дать детям обратную связь, похвалив их и отметив их успехи. По возможности, следует комментировать происходящее на уроке скорее в позитивном, нежели в негативном ключе, четко определять желаемое поведение. Если необходимо сделать критические замечания, лучше подойти поближе к ученику, мягким, но твердым голосом точно описать поведение, которое требуется. Учителям настоятельно рекомендуется избегать публичной критики учеников.

Для улучшения дисциплины на уроке полезно совместно с учащимися создать небольшое количество (от трех до пяти) базовых правил поведения в классе, сформулировать их позитивно (избегая частицы не) и разместить на стендах в классной комнате. Желательно обеспечить положительное подкрепление в период, пока идет привыкание к этим правилам. Такие подкрепления могут быть социальными (через положительные отзывы и жесты), деятельностью (например, самостоятельный выбор вида деятельности) или материальными (например, наклейки). Подкрепления следует регулярно менять, чтобы они не утратили своей эффективности. Необходимо заранее оговорить последствия в том случае, если правила поведения неоднократно нарушаются. Учитель должен убедиться, что ученики осознают последствия своих действий и постоянно использовать эту систему. Поощрений должно быть по меньшей мере в два раза больше, чем наказаний.

Всем ученикам (а особенно детям с СДВГ) полезно использовать специально разработанную процедуру для переходов от одного вида деятельности к другому. Такая программа может включать определенные предупреждения («мы отложим математические головоломки через пять минут»), а в качестве предупреждения может быть использована определенная мелодия или песня.

Одной из зарекомендовавших себя моделей личной организационной стратегии является «саморазговор». Полезно обучать детей с СДВГ этому приему для преодоления импульсивности и повышения саморганизации.

Использование приемов обучения, в которых объединяется более одного способа получения информации, поможет некоторым ученикам запоминать и понимать новую информацию. Примерами мультисенсорной стратегии являются следующие приемы: изучение математических фактов с помощью песни или ритмических движений, сопровождение устных инструкций презентацией, использование конспектирования для улучшения понимания понятий, использование тактильных материалов (например, математические игрушки) и компьютеров при обучении. Кроме того, целесообразно привлекать учеников к проведению экспериментов и наглядных демонстраций.

В некоторых случаях ученикам с СДВГ в дополнение к указанным выше стратегиям требуется дополнительная индивидуальная поддержка. Специалисты, такие как обученные учителя или поведенческие консультанты, могут быть привлечены к созданию программ для этих учащихся; это планирование может включать разработку индивидуального плана обучения (ИПО). В результате тщательного наблюдения собирают информацию о поведении учащегося и его успешности в различных ситуациях. Далее составляется план изменения поведения, в разработку которого вовлечен сам ученик и его родители, план включает описание целевого поведения, создание системы мониторинга и системы подкреплений. Важная часть плана должна включать в себя обучение учащегося соответствующему поведению, призванному заменить те неэффективные формы, которые предполагается сократить.

Заработанные ребенком «баллы» могут быть использованы для «покупки» привилегий (например, компьютерного времени, предпочтительного вида деятельности) или материальных ценностей (например, спортивные карточки, наклейки, карандаши). Родители и учителя могут договориться о сотрудничестве для создания домашних форм награды (например, семейный вечер пиццы, выбор видео для совместного просмотра, время, выделенное на компьютерные игры), чтобы усилить мотивацию.

Достаточно часто детям с СДВГ требуется овладение компенсаторными умениями, которые помогут им справиться с проблемой рассеянного внимания и недостаточной эффективностью кратковременной памяти. К таким компенсаторным умениям, например, можно отнести:

1. использование компьютерных редакторов обработки текста с проверкой орфографии;
2. использование калькулятора;
3. создание и использование собственных стратегий проверки правильности выполнения заданий;
4. использование часов (таймеры, секундомеры, будильники), чтобы научиться рассчитывать, распределять и контролировать собственное время.

Данные многих исследований показывают, что в помощи нуждаются не только дети с СДВГ, помощь необходима всей семье в целом. Испанские исследователи [9] описывают крайне высокий уровень стресса у родителей детей с СДВГ, который превышает даже уровень стресса родителей детей с РАС (расстройствами аутистического спектра). Авторы статьи объясняют этот факт тем, что у родителей гиперактивных детей существует явное или неявное представление о том, что ребенок может контролировать свое поведение, но не хочет этого делать, отсюда раздражение и гнев, направленные на ребенка, и неуверенность в своей родительской компетентности.

В таких семьях возникает постоянный стресс, связанный с негативным детско-родительским взаимодействием, у родителей развивается более авторитарный стиль воспитания. Поэтому организаторы родительских программ должны предложить семье способы улучшения семейной структуры, оказать помощь в контроле над тревожностью. Другой важнейшей задачей этих программ является уменьшение стресса в семье, улучшение образа ребенка в глазах родителей, признание собственной родительской компетентности. Программы должны также способствовать развитию навыков общения и решения проблем в семье. В этом смысле наиболее перспективным и зарекомендовавшим себя подходом является сочетание когнитивно-поведенческой терапии и принципов системной семейной терапии. Когнитивная терапия поможет родителям преодолеть эмоциональные барьеры и справиться со стрессом. Поведенческие техники позволят родителям применять эффективные процедуры поддержания дисциплины.

В то же время последние исследования говорят о необходимости придерживаться системного подхода, который выходит за рамки родительно-детских диад. Исследования показывают, что успеха можно достичь только тогда, когда все члены семьи, особенно братья и сестры, активно участвуют в реализации коррекционной программы [8].

В то же время, несмотря на большой опыт использования различных стратегий, исследователи продолжают изучать и оценивать эффективность тех или иных интервенций для улучшения адаптации детей с СДВГ. Обзоры современных исследований не позволяют однозначно утверждать, какие стратегии помогут ребенку с СДВГ, какие из интервенций следует признать научно обоснованными и экономически целесообразными [9]. Наиболее убедительные положительные результаты были зафиксированы при использовании следующего метода: поведение ученика контролируется и фиксируется в школе на карточке или в книге, которую ученик приносит домой, чтобы поделиться результатами со своим родителем. А, казалось бы, естественный в данном случае метод тренингов социальных навыков оказался не особенно эффективным для улучшения социальной компетентности и отношений со сверстниками у детей с СДВГ [7].

ЛИТЕРАТУРА

1. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Издательский центр «Академия», 2005. 256 с.
2. *Монина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С.* Гиперактивные дети. Психолого-педагогическая коррекция. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
3. *Ясюкова Л.А.* Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций: методическое руководство. СПб.: ИМАТОН, 1997. 80 с.
4. Advanced Test of Attention in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Japan for Evaluation of Methylphenidate and Atomoxetine Effects / Toru Fujioka, [et al.] // *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*. 2016. Vol. 14. № 1. P. 79–87. doi: 10.9758/cpn.2016.14.1.79
5. Das Sapna. Attention Deficit Hypertensive Disorder Teacher's Counselling Module for Managing ADHD [Электронный ресурс] // *Children International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*. 2015. Vol. 02. № 4. P. 105–118. URL: <http://ijmas.com/upcomingissue/18.04.2015.pdf> (дата обращения: 24.10.2016).
6. *Ferrin M., Vance A.* Differential effects of anxiety and depressive symptoms on working memory components in children and adolescents with ADHD combined type and ADHD inattentive type // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Vol. 23. № 12. P. 1161–1173. doi:10.1007/s00787-013-0509-4
7. *Kloo D., Kain W.* The direct way may not be the best way: Children with ADHD and their understanding of self-presentation in social interactions // *European Journal of Developmental Psychology*. 2016. Vol. 13, № 1. P. 40–51. doi:10.1080/17405629.2015.1051960
8. *Moyson T., Roeyers H.* 'The overall quality of my life as a sibling is all right, but of course, it could always be better'. Quality of life of siblings of children with intellectual disability: the siblings' perspectives // *Journal of Intellectual Disability Research Special Issue: Part Two: Family Quality of Life (Edited by Ralph Kober and Mian Wang)*. 2012, January. Vol. 56. № 1. P. 87–101. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01393.x
9. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research / Richardson M., [et al.] // *Health Technology Assessment*. 2015. Vol. 19. №. 45. P. 1–417 doi:10.3310/hta19450
10. Parenting Stress in Families of Children with Autism Spectrum Disorder and ADHD / Miranda A., [et al.] // *Exceptional Children*. 2015. Vol. 82, № 1. P. 81–95. doi:10.1177/0014402915585479
11. Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization / Classi P. [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2012. Vol. 6, № 1. P. 1–8. doi:10.1186/1753-2000-6-33

Adaptation strategies of children with ADHD to the educational process

*Adaskina A.A.,
candidate of psychological sciences, associate professor, chair of educational psychology,
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
aadaskina@mail.ru*

This article contains an overview of foreign works on adaptation of children with ADHD to school. The studies reviewed a number of topics that can be grouped as follows: part of them deals with the detailed study of social, pedagogical and psychological problems of children with ADHD; others, focused on medical aspects of ADHD like using psychostimulant, discusses the feasibility and effectiveness of such treatment and related risks. In this article we have focused on studies that have pronounced psycho-pedagogical aspect, i.e. the ones, examining the factors contributing to the success of the adaptation of children with ADHD to schooling and providing specific guidance on the various sides of the educational process (teaching children skills of self-organization, effective classroom environment, teaching compensating skills to children with ADHD, effective ways of presentation and testing of knowledge). The described strategy relied mainly on behavioral techniques that have proven to be quite effective in the process of correcting behavioral and educational problems of children with ADHD.

Keywords: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD, ADHD), adaptation strategies of children with ADHD, recommendations to teachers, self-organization skills in children with ADHD.

REFERENCES

1. Zavadenko N.N. Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste [Hyperactivity and attention deficit in children]. Moscow: Akademiya, 2005. 256 p. (In Russ.).
2. Monina G.B., Lyutova-Roberts E.K., Chutko L.S. Giperaktivnye deti. Psikhologo-pedagogicheskaya korrektsiya [Hyperactive children. Psycho-pedagogical correction]. SPb.: Rech', 2007. 186 p. (In Russ.).
3. Yasyukova L.A. Optimizatsiya obucheniya i razvitiya detei s MMD. Diagnostika i kompensatsiya minimal'nykh mozgovykh disfunktsii: metodicheskoe rukovodstvo [Optimizing the learning and development of children with MMD. Diagnosis and compensation minimal brain dysfunction: a guide]. SPb.: IMATON, 1997. 80 p. (In Russ.).
4. Fujioka T. et al. Advanced Test of Attention in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Japan for Evaluation of Methylphenidate and Atomoxetine Effects. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 2016. Vol. 14, no. 1, pp. 79–87. doi:10.9758/cpn.2016.14.1.79
5. Das Sapna. Attention Deficit Hypertensive Disorder Teacher's Counselling Module for Managing ADHD [Elektronnyi resurs]. *Children International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*, 2015. Vol. 02, no. 4, pp. 105–118. Available at: <http://ijmas.com/upcomingissue/18.04.2015.pdf> (Accessed 24.10.2016).
6. Ferrin M., Vance A. Differential effects of anxiety and depressive symptoms on working memory components in children and adolescents with ADHD combined type and ADHD inattentive type. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2014. Vol. 23, no. 12, pp. 1161–1173. doi:10.1007/s00787-013-0509-4
7. Kloo D., Kain W. The direct way may not be the best way: Children with ADHD and their understanding of self-presentation in social interactions. *European Journal of Developmental Psychology*, 2016. Vol. 13, no. 1, pp. 40–51. doi:10.1080/17405629.2015.1051960
8. Moyson T, Roeyers H. 'The overall quality of my life as a sibling is all right, but of course, it could always be better'. Quality of life of siblings of children with intellectual disability: the siblings' perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research Special Issue: Part Two: Family Quality of Life* (Edited by Ralph Kober and Mian Wang) January, 2012. Vol. 56, no. 1, pp. 87–101. doi:10.1111/j.1365-2788.2011.01393.x
9. Richardson M. et al. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. Richardson M., [et al.]. *Health Technology Assessment*, 2015. Vol. 19, no. 45, pp. 1–417. doi:10.3310/hta19450
10. Miranda A. et al. Parenting Stress in Families of Children with Autism Spectrum Disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 2015. Vol. 82, no. 1, pp. 81–95. doi:10.1177/0014402915585479
11. Classi P. et al. Social and emotional difficulties in children with ADHD and the impact on school attendance and healthcare utilization. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2012. Vol. 6, no. 1, pp. 1–8. doi:10.1186/1753-2000-6-33