

КОРРЕКЦИЯ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ НА ОСНОВЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

О. В. Баландина, Е. Д. Божкова, В. В. Дворянинова, В. В. Катунцова, А. А. Коновалов,
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», г. Н. Новгород

Коновалов Алексей Андреевич – e-mail: konovalov.mobile@gmail.ru

Дата поступления
18.03.2019

В статье изложены результаты анализа современных (с 2011 года по настоящее время) зарубежных источников по вопросам школьной дезадаптации как междисциплинарной медико-психологической проблемы. Актуальность проблемы обостряется на фоне глобальных социально-экономических и технологических изменений, обуславливающих образ жизни и поведение младших школьников в школе и в семье. С учетом перспектив роста влияния этих факторов в статье приведена системная оценка современных возможностей диагностики, компенсации и коррекции нарушений адаптации к школьному обучению учащихся начальных классов общеобразовательных школ по результатам изучения передового отечественного и зарубежного опыта. Анализ продемонстрировал рост числа современных методик, в том числе с участием специалистов различных специальностей – психиатров, психологов, педагогов и др., а также с активным вовлечением семей школьников. Отмечается, что доказательность методик не всегда находится на должном уровне. На основании проведенного анализа сделан вывод о целесообразности междисциплинарного подхода как при оценке риска и устранения причин школьной дезадаптации, так и при борьбе с ее последствиями. Перспективой внедрения соответствующего подхода предполагается проект «Здоровое будущее» на территории г. Нижнего Новгорода.

Ключевые слова: школьная дезадаптация, психогенная школьная дезадаптация, учебная дезадаптация, психическое здоровье школьников.

CORRECTION OF SCHOOL MALADJUSTMENT BASED ON INTERDISCIPLINARY APPROACH (SCIENTIFIC REVIEW)

O. V. Balandina, E. D. Bozhkova, V. V. Dvoryaninova, V. V. Katunova, A. A. Konovalov,
FSBEI HE «Privolzhsky Research Medical University», Nizhny Novgorod, Russian Federation

Konovalov Alexey Andreevich – e-mail: konovalov.mobile@gmail.ru

The article presents the results of the analysis of modern (from 2011 to the present) foreign sources on school maladjustment as an interdisciplinary medical and psychological problem. The urgency of the problem is aggravated against the background of global socio-economic and technological changes that determine the lifestyle and behavior of younger schoolchildren at school and in the family. Taking into account the prospects for the growth of the influence of these factors, the article presents a systematic assessment of modern possibilities for diagnosing, compensating, and correcting disorders to adapt to primary school education for pupils in primary schools based on the results of studying advanced domestic and foreign experience. The analysis showed an increase in the number of modern methods, including with the participation of specialists from various specialties, including psychiatrists, psychologists and teachers, as well as with the active involvement of the families of schoolchildren. It is noted that the validity of the methods is not always at the proper level. Based on the analysis, it was concluded that an interdisciplinary approach is appropriate both in assessing risk and eliminating the causes of school maladjustment, as well as in dealing with its consequences. The prospect of introducing an appropriate approach assumes the project «Healthy Future» on the territory of Nizhny Novgorod.

Key words: elementary school maladjustment, desadaptation, adjustment disorder, social adjustment, psychological maladjustment, children's behavioral problems.

Введение

Психическое здоровье детей – основа благополучия общества, поэтому вопросы психического и психологического здоровья детей и подростков привлекают внимание многих исследователей из разных областей – врачей, физиологов, психологов, педагогов, философов, социологов.

Поступление ребенка в школу – один из ключевых переломных моментов, формирующих его личностное развитие и дальнейшее поведение. По теории Л. С. Выготского, у ребенка в семь лет возникает симптом, расщепляющий дошкольный и младший школьный возрасты, – «симптом потери непосредственности»: между желанием что-то сделать и самой деятельностью возникает оценка, что приведет к осуществлению той или иной деятельности [1]. Формирование нового уровня мотивации и появление совершен-

но иной системы оценки деятельности ребенка – основа кризиса семилетнего возраста.

Обучение в школе в дальнейшем преследует цель удовлетворения трех основных психологических потребностей в школе: в автономии, в дружбе и принадлежности и в компетентности. Степень удовлетворенности этих потребностей напрямую влияет на просоциальное и антиобщественное поведение ребенка и подростка [2].

Таким образом, школьная адаптация понимается в современной психолого-педагогической литературе как сложный процесс приспособления ребенка к школе и школы к ребенку [3]. В норме этот процесс благополучно заканчивается в первом полугодии, но у некоторых учащихся может приобретать неблагоприятные черты.

Выделяют объективные и субъективные критерии адаптации. К первым относят продуктивность и успешность

деятельности, деловую включенность, статус личности в коллективе и др., ко вторым – эмоциональное самочувствие индивида, его активность, стабильность психофизиологического состояния, удовлетворенность деятельностью и др.

У младших школьников выделяют следующие критерии адаптации: успешность обучения – успеваемость, овладение навыками, умениями и знаниями по основным предметам, отношение к труду; положение в структуре межличностных отношений – статус, эмоциональное самочувствие, общительность; общественная активность – участие в общественно-полезной деятельности, самостоятельность, инициативность. Снижение благополучия ребенка хотя бы по одному из описанных критериев свидетельствует о нарушении процессов школьной адаптации.

Факторы риска школьной дезадаптации

В развитии школьной дезадаптации выделяют две основных группы факторов риска, что ориентирует на разные подходы к пониманию и изучению проявлений школьной дезадаптации.

Первая группа факторов риска связана с особенностями школьной среды, а именно:

- стрессовая педагогическая тактика;
- несоответствие методик и технологий обучения возрастным и функциональным возможностям школьников;
- несоблюдение элементарных физиологических и гигиенических требований к организации учебного процесса;
- интенсификация учебного процесса;
- низкая функциональная грамотность педагога (отсутствие индивидуального подхода);
- дефицит школьного медицинского контроля;
- отсутствие системной работы по формированию здорового образа жизни [4].

Для предупреждения действия факторов этой группы необходимо знание физиологии детского возраста, эпидемиологии школьной дезадаптации, форм проявления трудностей в обучении. Особенно важными являются 1–2-й, 5-й и 9-й классы, что связано с изменениями требований и условий обучения при поступлении в школу, переходе из начальной в среднюю школу и переходе в профильные старшие классы [5].

Для предупреждения действия факторов риска школьной дезадаптации из первой группы решающую роль может сыграть обучение в подготовительном классе. Обучение организации учебной деятельности, налаживание партнерских отношений с родителями будет иметь позитивное влияние на адаптацию к школьному обучению [6].

Вторая группа факторов риска развития школьной дезадаптации – особенности личности ребенка и особенности его дошкольного развития, воспитания, межличностных и внутрисемейных коммуникаций. Л. С. Выготский одним из первых сформулировал мысль о том, что готовность к школьному обучению заключается не столько в количественном запасе представлений, сколько в уровне развития познавательных процессов.

Одним из важнейших психологических навыков для формирования школьной успешности является поведенческая саморегуляция [7]. В ходе исследования было доказано, что дети, имевшие навыки поведенческого саморегулирования, имели более высокие показатели грамотности.

С точки зрения физиологии и нейрофизиологии о готовности ребенка к школе будет свидетельствовать определенный уровень развития межнейронных связей, что можно определить, в первую очередь, по характеристикам внимания. Регуляция внимания связана с тремя функционально анатомически и нейрохимически различными сетями внимания в мозге: оповещения, ориентации и исполнительной системы [8].

Большая значимость придается изучению речевых и коммуникативных навыков, в числе которых оценивают сроки появления первых слов, фраз и предложений, а также прогресс развития речевых навыков в дошкольном периоде. Развитие речи и мышления относят к основным индикаторам интеллектуальной готовности к школе [9].

В развитии школьной дезадаптации нельзя исключать важность предшествующего фона. Эпидемиологические исследования показывают, что среди детей в возрасте от 1 до 5 лет распространенность психических расстройств составляет 16–18%, причем тяжелая степень поражения составляет более половины [10]. Существуют доказательства того, что многие нарушения, возникающие на первом году жизни, которые обычно считаются преходящими, сохраняются после первого года примерно в трети случаев и представляют риск для дальнейшего развития ребенка.

Распространенность школьной дезадаптации

По оценкам физиологов, около 50–55% первоклассников проходят адаптационный период относительно благополучно, около 35–40% имеют проблемы и около 15% проявляют выраженные признаки школьной дезадаптации, выявляющиеся в различных физиологических отклонениях. Это соотношение является стабильным по данным ряда авторов, особенно в группе с тяжелым протеканием адаптации.

Считается, что адаптация в лучшем случае длится 5–6 недель, в случае неблагоприятного течения – может длиться до года. Даже в случае внешне благоприятного течения адаптации к школе следовые явления в организме ребенка в виде дисбаланса регуляторных систем сохраняются в течение года [11]. У детей первого года обучения нередко выявляются и нарастают в начальной школе отклонения в работе иммунной, эндокринной систем, нарушения осанки, зрения и другие расстройства.

По мнению учителей, особого внимания в адаптационный период требуют «неорганизованные» дети, которые до школы воспитывались дома, и их общение с детьми и взрослыми было ограничено. В таких случаях успешность обучения в школе полностью определяется возможностями родителей. И даже при грамотной подготовке ребенка к школьному обучению в домашних условиях неизбежно страдает мотивационный компонент, создаваемый в конкурентной среде детского коллектива [12].

Достоверно высоко влияние детско-родительских отношений и характеристик семьи на адаптационные процессы в начальной школе. Высокий социальный статус, стратегии родительской дисциплины и более высокий уровень социально-поведенческой компетентности у детей приводят к лучшей адаптации в начальной школе [13]. Полученные данные свидетельствуют о том, что дети от матерей с высшим образованием и высоким экономическим статусом показали лучшую адаптацию к школе при

поступлении в первый класс начальной школы – характеристики семьи косвенно влияют на развитие ребенка через поведение родителей. Доверительные детско-родительские отношения и родительская поддержка, а не высокие родительские требования и вероятность наказания способствуют формированию у детей самостоятельности и способности к саморегуляции для оптимальной адаптации к школьной жизни.

Диагностика школьной дезадаптации

Наиболее важным в профилактике возникновения и коррекции школьной дезадаптации является своевременное выявление ее признаков и предикторов, включающих анамнестическую и клиническую оценку психического и соматического здоровья школьников.

В литературе описаны методы выявления школьной дезадаптации путем измерения физиологических показателей, например, измерение уровня АКГГ сыворотки крови [14].

Учитывая, что большинство учащихся начальных классов имеют проявления школьной дезадаптации, не попадающие в поле зрения психиатров, основой для диагностики нарушений процесса адаптации к школе являются психологические диагностические методики. Одними из наиболее эффективных методов считаются скрининги, базирующиеся на оценках учителей. Так, например, ТОСА-R методика (Teacher Observation of Classroom Adaptation-Revised) оценки поведенческих отклонений считается эффективной в оценке нарушений поведения в дошкольном возрасте, а также в прогнозе нарушений поведения в раннем и среднем школьном возрасте [15]. Авторами доказано, что нарушения поведения встречаются у детей еще до формирования устойчивой школьной дезадаптации.

В других исследованиях опорными считаются оценка социально-поведенческих особенностей параллельно с оценкой уровня грамотности [16]. При этом социально-поведенческие особенности (шкала академической и поведенческой готовности дошкольника – Kindergarten Academic and Behavior Readiness Screener) включали оценку готовности решать возникающие проблемы, склонности к работе в команде, навыки самостоятельной работы. Примечательно, что ряд исследователей [17] считают не только обоснованным, но и предпочтительным оценку риска развития школьной дезадаптации в дошкольном возрасте.

Оценка речевых навыков может выступать в качестве прогностической методики для выявления риска развития школьной дезадаптации, так как речевая готовность является ключевой при оценке готовности к школе. Несформированность речевой деятельности в младшем школьном возрасте наверняка приведет к нарушениям письменной речи и чтения. Это, в свою очередь, обуславливает стойкие и выраженные затруднения при усвоении учебного материала, а также недоразвитие регулирующей и коммуникативной функций речи [18].

Еще одним диагностическим критерием для выявления школьной дезадаптации могут служить эмоциональные расстройства у детей младшего школьного возраста. Наиболее распространенными эмоциональными нарушениями у детей являются тревожность, страх и агрессия [19].

Эмоциональное неблагополучие, проявляющееся у 22,2% первоклассников, 68,3% пятиклассников и 46,2% девятиклассников повышенным, высоким или очень высоким уровнем школьной тревожности, свидетельствует о первых признаках нарушения адаптации школьников к образовательной среде [20].

Уровень депрессии является одним из показателей степени выраженности школьной дезадаптации. По данным различных исследований частота депрессивных расстройств варьирует от 10 до 15% у учащихся начальной школы и достоверно коррелирует с выраженностью трудностей в обучении [21].

По данным исследований в Финляндии и Норвегии было выявлено, что депрессивные расстройства у школьников в большей степени связаны с качеством отношений в школе и самооценкой ребенка в школьной системе, чем с проблемами в семье [22]. Была обнаружена тенденция, что плохие отношения в школе значительно сильнее ассоциируются с симптомами депрессии, чем низкая успеваемость.

Скрининги, основанные на опросе родителей и, в некоторых случаях, на опросе детей, помогут выявить нарушения сна и пищевого поведения, которые невозможно оценить в условиях школы. Нарушения сна вообще достаточно широко распространены в дошкольном и младшем школьном возрасте – до 25% детей [23]. Наиболее распространенными расстройствами являются парасомния, апноэ во сне и дневная сонливость. Если нарушение сна появляется или усиливается с началом школьного обучения, это можно связать либо с формирующейся школьной дезадаптацией, либо с серьезными нарушениями режима сна-отдыха на фоне учебного процесса.

С учетом вышеизложенного не вызывает сомнения, что изучением, коррекцией и профилактикой школьной дезадаптации должны заниматься специалисты разных профилей – педагоги, психологи, психиатры. Максимально раннее выявление признаков школьной дезадаптации и понимание механизмов ее развития лежат в основе успешности профилактических коррекционных методик.

Современные пути профилактики и коррекции школьной дезадаптации

Основные принципы лечения школьной дезадаптации:

- Этиопатогенетический подход к коррекции дезадаптации. т. е. в назначении терапии следует опираться не на симптомы и жалобы, предъявляемые ребенком и родителем, а на данные комплексной диагностики ребенка, анализа его социального окружения, данные обследования.
- Преимущества внестационарных форм работы. Курсовое лечение на базе стационара, ограниченное 14–21 днем, не может быть достаточно эффективно вследствие того, что ребенок после этого вновь попадает в привычную и неизменную среду. Кроме того, для существенных изменений психологических функций ребенка такого короткого срока недостаточно [24].
- Комплексное использование медикаментозной и немедикаментозной терапии с акцентом на психокоррекционные, психосоциальные методики, психотерапию, работу с семьей.

Объем и интенсивность вмешательства определяются, прежде всего, тяжестью нарушений. Так, при наличии пограничных психопатологических нарушений достаточно психолого-педагогической коррекции. При более выраженных нарушениях поведения, которые сопровождаются девиациями, асоциальными проявлениями, требуются консультация психиатра и при необходимости назначение психофармакотерапии [25]. Также медикаментозная терапия может быть рекомендована детям с органической патологией, неврозами, эмоциональными нарушениями.

В коррекции поведенческих нарушений у детей, которые являются частым проявлением школьной дезадаптации, за рубежом в качестве первого выбора рекомендован препарат из группы психостимуляторов – метилфенидат [26].

Мета-анализы использования стимулирующих препаратов показали, что психостимуляторы эффективны в уменьшении симптомов гиперактивности, импульсивности и невнимательности, но не улучшают при этом познавательные функции. Часто возникают побочные реакции, и применение препаратов не рекомендовано в возрасте до 8 лет [27], преимущество следует отдавать психокоррекционным и психосоциальным методикам.

- Организация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия для обеспечения комплексной коррекции школьной дезадаптации.

В различных научных исследованиях доказана эффективность именно комплексного подхода. Наиболее эффективными являются методики, в которых сочетается терапия с детьми и обучение родителей [28].

- Раннее выявление нарушений и раннее начало коррекционной работы. Наиболее эффективна работа с ребенком в возрасте до 8 лет, когда проблемы возникли недавно и у ребенка отсутствует длительный опыт неуспешности. Некоторые исследования показывают, что пик мозговой пластичности достигается в течение первых семи лет жизни [29].

Основные направления немедикаментозного лечения школьной дезадаптации на примере коррекции поведенческих нарушений, в т. ч. синдрома гиперактивности с дефицитом внимания:

1. Психологическая коррекция нарушений поведения.
2. Вмешательства, направленные преимущественно на родителей.
3. Нейроразвивающие методики.

Анализ литературы показал, что большинство зарубежных терапевтических методик реализуется как структурированные программы, организованные в школьных условиях с обязательным вовлечением не только детей, но также учителей и родителей. Эффективность этих программ оценивается в соответствии с принципами доказательной медицины [30].

Психологическая коррекция (психосоциальная реабилитация) реализуется преимущественно в виде структурированных поведенческих программ. В их основе лежат принципы прикладного анализа поведения – например, введение четких правил и эффективных инструкций, последующие методы усиления надлежащего поведения и уменьшения ненадлежащего поведения (введение системы вознаграждения, тайм-аута).

Использование методов когнитивной тренировки рабочей памяти и внимания хорошо подходит для детей со школьными трудностями, которые часто имеют парциальный когнитивный дефицит и связанные с этим нарушения успеваемости. Большой мотивационной привлекательностью для детей обладают компьютерные варианты когнитивных тренингов [31].

В целом мета-анализ эффективности тренировок рабочей памяти показывает улучшение как слухо-речевого, так и зрительного запоминания [32]. Эти эффекты сопровождаются также улучшением устойчивости внимания и сохраняются спустя шесть месяцев после тренировок.

Подходы к обучению родителей, обычно называемые поведенческим обучением родителей, применяют принципы положительного и отрицательного подкрепления, чтобы научить родителей поведенческим стратегиям управления проблемным поведением ребенка. Создавая в естественной среде, в повседневном окружении ребенка такую систему управления поведением, можно научить ребенка продуктивно решать проблемы, развивать самоконтроль, планирование и т. д. Родительские тренинги полезны для улучшения психо-эмоционального состояния ребенка, его социального функционирования, улучшают академическую успеваемость, способствуют улучшению эмоционального состояния самих родителей, улучшают функционирование семьи в целом [33].

Положительные изменения сохраняются на длительный срок, показано также, что обучающие программы для родителей детей с проблемами поведения более эффективны в дошкольном возрасте [34].

Заключение

Мировой опыт свидетельствует, что школьная дезадаптация имеет множество причин и путей развития. Механизмы формирования нарушений адаптации определяют ее основные проявления и последствия. При этом важнейшим фактором, определяющим картину школьной дезадаптации, являются особенности формирующейся личности ребенка в условиях глобальных социально-экономических и информационно-технологических изменений общества.

Очевидная опасность прогрессирующей школьной дезадаптации заключается в нарастании отклонений психического развития ребенка с возможностью психопатизации личности, появления асоциального поведения, нарастании суицидальных рисков и формировании зависимостей.

Обзор зарубежных источников показал, что в настоящее время нарушению школьной адаптации уделяется повышенное внимание, разработан ряд современных диагностических и корректирующих методик, используемых в системе психолого-педагогической поддержки школьников. Наиболее эффективным направлением адаптации детей, подтвержденным современной доказательной базой, являются комбинации методик в школе, родительских тренингов и, при необходимости, психофармакотерапии.

Несмотря на большой опыт использования различных стратегий, остается актуальной оценка вмешательств по адаптации школьников. Между тем, большинство доступных рандомизированных контролируемых исследований

являются краткосрочными, привлекающими селективные группы пациентов, в силу чего они не являются вполне информативными для повседневной клинической практики, не позволяя однозначно утверждать, какие стратегии явно имеют преимущества в коррекции школьных трудностей.

Это нацеливает на продолжение исследований в этой области с использованием долгосрочной многофакторной оценки эффективности программ с использованием стандартизированных и унифицированных критериев, плацебо-контролируемых исследований для преодоления разрыва между теоретическими доказательствами и ежедневной клинической практикой.

В Российской Федерации внедрение медико-психолого-педагогических корректирующих методик в систему школьного образования встречает ряд проблем, в том числе административные барьеры и разобщенность действий педагогов, психологов и психиатров. Подобная ситуация приводит к разночтениям в оценке и отсутствию единых диагностических критериев школьной дезадаптации; в последствии разница во взглядах приводит к отсутствию единых подходов и к ее коррекции.

С 2018 г. на базе ПИМУ реализуется социальный проект «Здоровое будущее», основной стратегией которого является междисциплинарный подход в работе команды психиатров и психологов с учащимися начальной школы, испытывающими трудности в школьной адаптации. В основе проекта лежит взаимодействие научных и клинических структур, объединенных в рамках университета, со школьными учреждениями при поддержке Правительства Нижегородской области и администрации города Н. Новгорода.

При скрининговом обследовании 980 учащихся начальной школы и последующем, более глубоком анализе их психического статуса выявлено, что школьная дезадаптация имеет весьма различные пути развития и разнообразные формы проявления, зачастую с выраженным психогенным компонентом.

К важным причинам дезадаптации относятся расстройства психологического порядка – нарушение психических функций (внимание, память, зрительно-пространственное восприятие и т. п.). Не менее важны и формирующиеся в ходе дезадаптации состояния (неврозоподобные расстройства, депрессивные синдромы, заострение черт личности с возможностью последующей акцентуации и психопатизации).

Таким образом, очевидно, что роль психиатрического наблюдения и вмешательства актуальна и важна как на этапе скрининга и организации профилактических мероприятий в отношении психогенной школьной дезадаптации, так и на этапе развития ее последствий для конкретной личности.

С этой точки зрения следует искать пути возможно раннего взаимодействия психиатрической службы со специалистами-психологами в интересах здоровья младших школьников и эффективности учебного процесса в контексте идеологии новых федеральных образовательных стандартов, формирования личностных компетенций обучающихся.

С учетом сказанного, следующим этапом в развитии проекта «Здоровое будущее» предполагается реализация

комплексной диагностической и лечебной помощи в условиях, приближенных к школе – привлечение школьных психологов, проведение групповых психолого-психотерапевтических занятий в школе, проведения дестигматизирующих и просветительских лекций и семинаров, работа с педагогическими коллективами по типу мастер-классов.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явного или потенциального конфликта интересов, связанного с публикацией статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика-Пресс, 1999. 536 с.
Vygotskij L.S. Pedagogicheskaya psikhologiya. M.: Pedagogika-Press, 1999. 536 s.
2. Tian L., Zhang X., Scott E. Huebner The Effects of Satisfaction of Basic Psychological Needs at School on Children's Prosocial Behavior and Antisocial Behavior: The Mediating Role of School Satisfaction. *Front Psychol.* 2018.
3. Аниденкова М.М., Фомина О.Е. Проблемы адаптации ребенка к обучению в начальной школе // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. 2013. С. 13-15.
Anidenkova M.M., Fomina O.E. Problemy adaptatsii rebenka k obucheniyu v nachal'noj shkole // Formy i metody sotsial'noj raboty v razlichnykh sferakh zhiznedeyatel'nosti. 2013. S. 13-15.
4. Безруких М.М. Здоровье школьников, проблемы, пути решения. Сибирский педагогический журнал. 2012. № 9.
Bezrukikh M.M. Zdorov'e shkol'nikov, problemy, puti resheniya. Sibirskij pedagogicheskij zhurnal. 2012. № 9.
5. Логутова Е.В. Индивидуальная коррекционная работа с обучающимися в период адаптации к школе. Вестник Оренбургского государственного университета. 2017. № 11 (211).
Logutova E.V. Individual'naya korrektsionnaya rabota s obuchayushhimsya v period adaptatsii k shkole. Vestnik Orenburgskogo gosudarstvennogo universiteta. 2017. № 11 (211).
6. Cîrceie E. Students' school adjustment/maladjustment through preparatory class / E. Cîrceie // Education, Reflection, Development, Fourth Edition (ERD 2016). [электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.futureacademy.org.uk/files/images/upload/ERD2016FA015F.pdf>
7. Blair C., Raver C.C. School readiness and self-regulation: A developmental psychobiological approach. *Annual review of psychology.* 2015. Т. 1. С. 711-731.
8. Petersen S.E., Posner M.I. The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual review of neuroscience.* 2012. Т. 35. С. 73-89.
9. Greenwood C. R. et al. Evidence of a continuum in foundational expressive communication skills. *Early childhood research quarterly.* 2013. Т. 28. № 3. С. 540-554.
10. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012. № 53. P. 695-705.
11. Томилов А.Б. Физиологические аспекты школьной адаптации. Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017. Т. 34. С. 175-180.
Tomilov A.B. Fiziologicheskie aspekty shkol'noj adaptatsii. Na-uchno-metodicheskij ehlektronnyj zhurnal «Kontsept». 2017. T. 34. S. 175-180.
12. Ефимова О.Н., Шаповалова И.П. Мотивационная готовность как компонент психологической готовности к обучению в школе старших дошкольников. Вопросы дошкольной педагогики. 2016. № 3. С. 109-112.
Efimova O. N., Shapovalova I. P. Motivatsionnaya gotovnost' kak komponent psikhologicheskoy gotovnosti k obucheniyu v shkole starshikh doshkol'nikov. Voprosy doshkol'noj pedagogiki. 2016. № 3. S. 109-112.
13. Akçınar B. The predictors of school adaptation in early childhood. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2013. Т. 93. С. 1099-1104.

14. Патент на изобретение № 2605619 «Способ диагностики школьной дезадаптации у младших школьников» Семакова Е.В., 2016.
Patent na izobretenie № 2605619 «Sposob diagnostiki shkol'noj dezadaptatsii u mladshikh shkol'nikov» Semakova E.V., 2016.
15. Racz S.J. et al. The predictive utility of a brief kindergarten screening measure of child behavior problems. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2013. T. 81. № 4. P. 588.
16. Stormont M.A. et al. The social and emotional dimensions of a single item overall school readiness screener and its relation to academic outcomes. *Assessment for Effective Intervention.* 2017. T. 42. № 2. С. 67-76.
17. Ball C.R. et al. Classroom-level effects on the reading and behavior of at-risk kindergarteners. *Preventing School Failure: Alternative Education for Children and Youth.* 2014. T. 58. № 2. С. 80-89.
18. Лакиз К.С., Гакаме Ю.Д. Проблемы школьной дезадаптации в аспекте речевого и психомоторного развития младших школьников. Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2017. Т. 34. С. 27-31.
Lakiz K.S., Gakame YU.D. Problemy shkol'noj dezadaptatsii v aspekte rechevogo i psikhomotornogo razvitiya mladshikh shkol'nikov. Nauchno-metodicheskij ehlektronnyj zhurnal «Kontsept». 2017. T. 34. S. 27-31.
19. Куликова Т.И., Нгок Н.З. Эмоциональные нарушения в младшем школьном возрасте: результаты исследования. «Концепт». 2017. № 7.
Kulikova T.I., Ngok N.Z. Ehmtsional'nye narusheniya v mladshem shkol'nom vozraste: rezul'taty issledovaniya. «Kontsept». 2017. № 7.
20. Литвиненко Н.В. Школьная тревожность как показатель нарушения адаптации школьников к образовательной среде. *Современные проблемы науки и образования.* 2014. № 5. С. 627-627.
Litvinenko N.V. Shkol'naya trevozhnost' kak pokazatel' narusheniya adaptatsii shkol'nikov k obrazovatel'noj srede. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2014. № 5. S. 627-627.
21. Bernaras E. et al. Child depression in the school context. *Procedia-Social and Behavioral Sciences.* 2011. T. 29. С. 198-207.
22. Minkkinen J. Associations between school-related factors and depressive symptoms among children: A comparative study, Finland and Norway. *School psychology international.* 2014. T. 35. № 5. С. 463-474.
23. Сударева Т.В. Нарушения сна у детей дошкольного возраста. Смоленский медицинский альманах. 2016. № 1.
Sudareva T.V. Narusheniya sna u detej doshkol'nogo vozrasta. Smolenskij meditsinskij al'manakh. 2016. № 1.
24. Halliday-Boykins C.A., Henggeler S.W. Multisystemic therapy: Theory, Research and Practice. In: E. Walton, P.A. Sandau-Beckler, M. Mannes (Eds.). *Balancing family-centered services and child well-being.* New York: Columbia University Press, 2001. P. 320-335.
25. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. *Вопросы современной педиатрии.* 2014. Т. 13. № 4. С. 48-53.
Zavadenko N.N. Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti: sovremennye printsipy diagnostiki i lecheniya. Voprosy sovremennoj pediatrii. 2014. T. 13. № 4. S. 48-53.
26. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. In: *National Clinical Practice Guideline Number 87.* 14 March 2018 ed. London: National Institute for Clinical Excellence; 2018.
27. Storebo O.J., Pedersen N., Ramstad E. et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018.
28. Хотылева Т.Ю., Ахутина Т.В. Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии [Электронный ресурс] // Психолого-педагогические исследования. 2010. № 5. Режим доступа: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2010/n5/Hotyleva_Ahutina.shtml (дата обращения: 08.01.2019).
KHotyleva T.YU., Akhutina T.V. Tekhnologii psikhologo-pedagogicheskoy pomoshhi detyam s SDVG v Norvegii [EHlektronnyj resurs] // Psikhologo-pedagogicheskie issledovaniya. 2010. № 5. Rezhim dostupa: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2010/n5/Hotyleva_Ahutina.shtml (data obrashheniya: 08.01.2019).
29. Rapoport J.L., Gogtay N. Brain neuroplasticity in healthy, hyperactive and psychotic children: insights from neuroimaging. *Neuropsychopharmacology.* 2008. Vol. 33. P. 181-197.
30. Veenman B., Luman M., Oosterlaan J. Efficacy of behavioral classroom programs in primary school. A meta-analysis focusing on randomized controlled trials. *PLoS One.* 2018. Vol. 13. № 1.
31. Moore A.L., Carpenter D.M., Miller T.M., Ledbetter C. Clinician-delivered cognitive training for children with attention problems: effects on cognition and behavior from the ThinkRx randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018. Vol. 26. № 6. P. 1671-1683.
32. Johnstone S.J., Roodenrys S., Blackman R., Johnston E., Loveday K., Mantz S. et al. Neurocognitive training for children with and without AD/HD. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2012. Vol. 4. P. 11-23.
33. Tarver J., Daley D., Sayal K. Beyond symptom control for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): what can parents do to improve outcomes? *Child Care Health Dev.* 2015. Vol. 41. № 1. P. 1-14.
34. Abikoff H.B., Thompson M., Laver-Bradbury C., Long N., Forehand R.L., Miller Brotman L., Klein R.G., Reiss P., Huo L., Sonuga-Barke E. Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015. Vol. 56. № 6. P. 618-631. 