

НАРУШЕНИЯ АДАПТАЦИИ К ШКОЛЬНОМУ ОБУЧЕНИЮ НА ЭТАПЕ 1–2 КЛАССОВ

Баландина О.В., Божкова Е.Д., Катунцова В.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Нижний Новгород, e-mail: readytotalk@mail.ru

Статья представляет собой обзор литературы по проблемам школьной адаптации и принципам их коррекции. В настоящее время большое внимание уделяется детям, имеющим те или иные особенности развития, которые влияют на их социализацию и успеваемость в школе. В то же время нередко упускается из виду, что абсолютно все дети при поступлении в школу, переходе из начальной школы в среднюю и из средней в старшую, а также при переводе в другую школу проходят период адаптации. То есть все дети без исключения некоторое время находятся в условиях повышенной психологической нагрузки, которая может привести к развитию психологических и/или психических нарушений. А также к утяжелению имеющихся отклонений в психологическом и/или психическом здоровье. Ключевой проблемой, на которую мы хотим обратить внимание специалистов, является профилактика ухудшения психологического/психического здоровья школьников во время обучения в школе. Факторы, определяющие длительность периода адаптации и тяжесть проявлений дезадаптации, очень многообразны. Факторы, связанные с особенностями образовательного процесса, зависят зачастую от особенностей педагогического процесса, личности и компетенций педагога. Другая значимая группа факторов – это особенности личности ребенка, изучение которых позволит своевременно обнаружить и скорректировать проявления дезадаптации с целью предотвращения развития более серьезных нарушений здоровья. При этом важно помнить, что в силу различной этиологии факторов риска дезадаптации данной проблемой, вопросами диагностики и коррекции должна заниматься межведомственная команда специалистов.

Ключевые слова: школьная адаптация, психическое здоровье школьника, риск развития дезадаптации, принципы коррекции дезадаптации

DISTURBANCES OF ADAPTATION TO SCHOOL EDUCATION AT THE STAGE OF 1–2 GRADES

Balandina O.V., Bozhkova E.D., Katunova V.V.

Privolzhsky Research Medical University, Ministry of Health of Russia, Nizhny Novgorod, e-mail: readytotalk@mail.ru

The article is a review of the literature on the problems of school adaptation and the principles of their correction. Currently, much attention is paid to children who have certain developmental features that affect their socialization and school performance. It is often overlooked that absolutely all children go through a period of adaptation when they enter school, move from primary to secondary and from secondary to senior, and also when they transfer to another school. That is, all children, without exception, are under conditions of increased psychological stress for some time, which can lead to the development of mental disorders. And also to the aggravation of existing deviations in mental health. We want to draw the attention of specialists to is the prevention of the deterioration of the mental health of schoolchildren during schooling. The factors that determine the duration of the period of adaptation and the severity of manifestations of maladaptation are very diverse. Factors associated with the characteristics of the educational process often depend on the characteristics of the pedagogical process, the personality and competencies of the teacher. Another significant group of factors is the characteristics of the child's personality, the study of which will allow timely detection and correction of manifestations of maladjustment in order to prevent the development of more serious health disorders. It is important to remember that due to the different etiologies of risk factors for maladaptation of this problem, an interdepartmental team of specialists should deal with issues of diagnosis and correction.

Keywords: school adaptation, mental health of a pupil, risk of development of maladaptation, principles of maladaptation correction

Школьная адаптация – это процесс приспособления ребенка к роли ученика и к различным аспектам образовательного процесса в школе. Среди показателей, которые помогают специалисту оценить успешность процесса адаптации, ключевыми являются

физическое здоровье ребенка, психологический комфорт образовательного процесса для ребенка, эффективность его учебной деятельности и признание его академической успешности в релевантном для ребенка окружении [1].

Происходящие с ребенком в ходе приспособления к школьному обучению изменения могут протекать с разным успехом и в течение разного времени. Адаптация к школе, которая безусловно будет влиять на академическую успешность, не только выявит уровень развития адаптационных способностей ребенка, но и определит формирование его личности в течение всей последующей жизни.

Неспособность к такому приспособлению может привести к проблемам с психическим здоровьем, а также к отказу от обучения в школе и может потребовать консультирования у школьного психолога.

В европейской клинической психологии дезадаптация относится к психологическому расстройству, которое развивается в ответ на ситуативный социальный стрессор. По определению расстройства адаптации – это связанные со стрессом состояния, которые не соответствуют полному критерию другого психического расстройства [2]. Расстройства адаптации вызываются конкретными источниками стресса, такими как тяжелый личный кризис (развод, смерть близкого человека, недавний переезд, смена школы или класса) или серьезные неожиданные негативные события (конфликт с педагогом, родителями, сверстниками, тяжело переживаемая учебная неуспешность и т.п.). Обычные симптомы дезадаптации включают депрессию, беспокойство и/или расстройство сна [3].

Термин «школьная дезадаптация» не является клиническим термином, указывающим точный диагноз. Обычно этот термин является описательным и применяется для ребенка, который на фоне школьного обучения оказывает плохое влияние на себя или своих сверстников и не может учиться без поддержки его родителей, учителей и других взрослых из своего окружения [4].

Цель исследования – выявление ведущих факторов развития нарушений адаптации к школьному обучению учащихся начальных классов общеобразовательных школ, а также возможностей их компенсации и коррекции.

Материалы и методы исследования

Проведен критический анализ данных литературы с обобщением имеющихся в настоящее время результатов оригинальных исследований по различным аспектам выявления, предупреждения и коррекции признаков школьной дезадаптации.

В результате анализа литературы проведен обзор современного состояния знаний о распространенности, путях развития и факторах риска развития школьной дезадаптации.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно взглядам психологов, поступление ребенка в школу – один из ключевых переломных моментов, формирующих его личностное развитие и дальнейшее поведение [5]. Школьная адаптация понимается в современной психолого-педагогической литературе как сложный процесс приспособления ребенка к школе и школы к ребенку [6, 7]. В норме этот процесс благополучно заканчивается в первом полугодии, но у некоторых учащихся может приобретать неблагоприятные черты.

Понятие «школьная адаптация» является многокомпонентным. Для определения успешного протекания школьной адаптации необходимо оценить: академическую успешность, которая включает успеваемость, овладение навыками, умениями и знаниями по основным предметам; положение школьного обучения в системе ценностей ребенка; статус школьника в структуре межличностных отношений; эмоциональный статус, коммуникативная успешность; общественная активность; самостоятельность, инициативность.

Снижение благополучия ребенка хотя бы по одному из описанных критериев будет свидетельствовать о нарушении процессов школьной адаптации.

В развитии школьной дезадаптации можно выделить две основных группы факторов риска, что определяет абсолютно разные точки приложения коррекционных мероприятий. Первая группа факторов риска связана с особенностями образовательного процесса в школе [8].

Вторая большая группа факторов риска развития школьной дезадаптации – особенности личности ребенка и особенности его дошкольного развития, воспитания, межличностных и внутрисемейных коммуникаций. По данным литературы к особенностям личности ребенка, определяющим успешность школьной адаптации, разные авторы относят: уровень его умственного развития, поведенческую саморегуляцию [9, 10], определенный уровень развития межнейронных связей, что будет влиять в первую очередь на характеристики внимания и памяти [11], развитие речевых навыков в дошкольном периоде [12–14], наличие психических отклонений [15], влияние детско-родительских отношений и характеристик семьи [16], пребывание ребенка в дошкольном возрасте в организованном коллективе.

Наиболее важным в профилактике возникновения и коррекции школьной дезадаптации является своевременное выявление её признаков [17].

Среди методов выявления школьной дезадаптации с учетом различной этиологии этого состояния и механизмов развития встречаются клинические, физиологические, психологические, педагогические методы.

В литературе описаны методы выявления школьной дезадаптации путем измерения физиологических показателей. Например, измерение уровня АКТГ в сыворотке крови школьника [18].

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 [19].

Еще одним диагностическим критерием для выявления школьной дезадаптации могут служить сопутствующие эмоциональные расстройства, такие как тревожность, страх и агрессия, частота развития которых у школьников варьирует от 10 до 15 % [20–22].

Основные принципы коррекции школьной дезадаптации:

1 – Этиопатогенетический подход к коррекции дезадаптации. То есть в назначении терапии опираться следует не на жалобы, предъявляемые ребенком, родителем или педагогом, а на данные комплексной диагностики ребенка.

2 – Использование внестационарных форм работы. Курсовое лечение на базе стационара, ограниченное 14–21 днями, не может быть достаточно эффективно вследствие того, что курс слишком короткий для достижения существенных изменений и их закрепления, кроме того, ребенок после стационара вновь попадает в неизмененную среду [23].

В современных российских клинических рекомендациях по лечению таких нозологий, как гиперкинетическое расстройство, расстройство школьных навыков, отдается предпочтение амбулаторным формам ведения пациента [24, 25].

3 – Комплексное использование медикаментозной и немедикаментозной терапии с усилением роли психологической коррекции, психотерапии, в том числе работа с детско-родительскими отношениями и семьей [26].

В большинстве случаев достаточно использования методов психолого-педагогической коррекции. Психофармакотерапия требуется только при девиантном поведении, эмоциональных расстройствах, невротических и невротоподобных состояниях, у детей с органической патологией после консультации психиатра [27, 28].

В коррекции поведенческих нарушений у детей, которые являются частым проявлением школьной дезадаптации, за рубежом в качестве первого выбора рекомендован препарат из группы психостимуляторов – метилфенидат [29].

Стимулирующие препараты эффективны в уменьшении симптомов гиперактивности, импульсивности и невнимательности, но при этом не улучшают познавательные функции. В связи с высоким риском развития побочных эффектов применение таких препаратов не рекомендовано в возрасте до 8 лет [30, 31].

Таким образом, методом выбора в работе со школьной дезадаптацией будут психокоррекционные и психосоциальные методики [32, 33].

4 – Организация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия.

Комплексный подход наиболее эффективен, так как коррекционное воздействие предположительно будет затрагивать всех участников образовательного процесса, а не только детей. Это тем более важно, что, как уже было отмечено, поведение родителей и педагогов может быть одним из факторов риска развития нарушений школьной адаптации. Наиболее эффективными являются методики, в которых сочетается терапия с детьми и обучение родителей [26, 34].

5 – 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 [35, 36].

Основные направления немедикаментозного лечения школьной дезадаптации на примере коррекции поведенческих нарушений, в том числе 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 реализуются как структурированные программы, организованные в школьных условиях с обязательным вовлечением не только детей, но и учителей и родителей. Эффективность этих программ оценивается в соответствии с принципами доказательной медицины [26, 37, 38].

Психологическая коррекция

Психологическая коррекция (психосоциальная реабилитация) реализуется преимущественно в виде структурированных поведенческих программ с использованием принципов прикладного анализа поведения. Например, введение четких правил и эффективных инструкций, последующие методы усиления надлежащего поведения и уменьшения ненадлежащего поведения (введение системы вознаграждения, тайм-аута). Примерами поведенческих программ, реализуемых непосредственно в школе, являются Метод групповой игры Good Behavior Game (GBG). В основе этого метода лежит воздействие

на поведение через групповое влияние сверстников и командное соревнование [39]. Класс разделяется на команды, и если какой то ученик нарушает установленные заранее правила поведения, то команда получает замечание. Навыки совместной жизни – новое психосоциальное вмешательство [CLS] для учащихся начальной школы с симптомами синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). CLS представляет собой 12-недельную программу, состоящую из интегрированных занятий с детьми, учителями и родителями. Эффективность в виде улучшения поведения, улучшения социального функционирования подтверждена в исследовании [38]. Тренинг когнитивного решения проблем CPSST способствует уменьшению проблемного поведения ребенка в результате усвоения новых поведенческих шаблонов в ситуациях, которые ранее вызывали негативизм и агрессию. Основная идея когнитивного тренинга навыков разрешения проблем состоит в том, что антисоциальные и агрессивные реакции ребенка провоцируются искаженным восприятием и ошибочными умозаключениями ребенка относительно какой-то ситуации. В научных исследованиях было установлено, что тренинг приводит к значительным улучшениям показателей поведения улучшениям в отношении детей, родителей и семьи [40]. Тренинги исполнительных функций – у детей с СДВГ выявляется дефицит исполнительных функций – это неумение организовывать и планировать свою деятельность, управлять временем и т.д. Вмешательства, направленные на тренировку исполнительных функций в повседневной жизни, могут улучшить социальное функционирование, уменьшить симптомы СДВГ [41]. Эффективно включение родителей в тренинг исполнительных функций с целью интеграции полученных детьми навыков в бытовую деятельность.

Нейроразвивающие технологии

Использование методов когнитивной тренировки рабочей памяти и внимания хорошо подходит для детей со школьными трудностями, которые часто имеют парциальный когнитивный дефицит. Наибольшей мотивационной привлекательностью для детей обладают компьютерные варианты когнитивных тренингов [42]. Анализ эффективности тренировок рабочей памяти показывает улучшение как слухо-речевого, так и зрительного запоминания [43]. Кроме того, наблюдается улучшение устойчивости внимания. Было доказано, что достигнутые изменения сохраняются спустя 6 месяцев после тренировок [44]. Метод биологической обратной связи (БОС-терапия) используется в коррекции СДВГ, изолированных поведенческих расстройств, нарушений внимания. Методы БОС-терапии позволяют обучить ребенка навыкам самоконтроля и эмоционально-волевой регуляции. Тренинги ЭЭГ – биологической обратной связи (нейробиоуправление) используют модификацию определенной ритмической активности мозга (альфа-тренинг, тета-бетта

тренинг, сенсомоторный тренинг) путем осознанного контролирования аудио- и видеосигналов, ассоциированных с определенными ритмами головного мозга [45].

Отмечено улучшение академической успеваемости у детей после БОС-тренингов, которые сохранялись длительное время [46].

Вмешательства, направленные преимущественно на родителей ребенка

Родители играют важную роль в социальной среде своего ребенка. Родительское обучение рекомендуется в качестве необходимого звена в эффективной коррекционной работе с детьми, испытывающими школьные трудности.

Особенно актуальны эти технологии в работе с детьми с СДВГ, оппозиционным нарушением поведения. Создавая в привычном окружении ребенка такую систему управления поведением, можно научить ребенка конструктивно решать возникающие проблемы, планировать, развивать самоконтроль и т.д. [47]. Положительные изменения сохраняются на длительный срок.

Наиболее распространенными научно обоснованными родительскими программами, которые могут использоваться для младших школьников с поведенческими нарушениями, трудностями адаптации, являются программа Incredible Years («Невероятные годы»), Triple P-Positive Parenting Program (Triple P.), Parent Management Training («Тренинг родительского руководства»).

«Невероятные годы» (Incredible Years) – это одна из самых распространенных родительских программ в мире, переведена более чем на 20 языков, поддержана более чем 30-летними исследованиями. Программа представлена блоком тренингов для родителей дошкольного (от 0 до 6 лет) и школьного возраста (7–12 лет), тренингов для учителей. В результате занятий родители и педагоги обучаются справляться с такими нарушениями поведения, как детская агрессия, упрямство, желание противоречить. Эффективность применения данной программы описана в ряде рандомизированных исследований [48].

Triple P-Positive Parenting Program® была разработана профессором Мэтью Сандерсом и другими исследователями в центре поддержки родителей и семьи Университета Квинсленда, Австралия. Данная программа используется более чем в 20 странах мира, эффективность ее доказана множеством научных исследований.

Применительно к школьным трудностям доказано, что родительская программа влияет на социальные и эмоциональные проблемы, поведение в классе, академические достижения и отношения со сверстниками в школе [49].

Parent Management Training (PMT), Тренинг родительского руководства – это краткосрочная программа по обучению навыкам эффективно справляться с негативным поведением ребенка на основе теории научения и модификации поведения [50]. Данные

систематического обзора подтверждают эффективность тренинга родительского руководства в коррекции поведенческих нарушений у детей, улучшении успеваемости, увеличении родительских компетенций, психо-эмоционального состояния в семье.

Существуют специальные программы для учителей по обучению навыкам поддержки ребенка с трудностями в поведении. Полезным для преодоления школьных трудностей в рамках поведенческой терапии является правильная организация среды в школе – это использование специальных планингов, маркирования учебной литературы, максимальная информативность в классе, приемы по организации учебного места и др.

Заключение

Школьная дезадаптация имеет множество причин и путей развития. В зависимости от того, что послужило реперными точками для формирования нарушений школьной адаптации, будет складываться определенная картина проявлений дезадаптации.

С учетом вышеизложенного не вызывает сомнения, что изучение, выявление, коррекция и профилактика школьной дезадаптации – это межведомственная задача. Раннее выявление, основанное на понимании механизмов развития школьной дезадаптации, поможет использовать различные комплексные коррекционные методики, направленные на профилактику развития и уменьшение симптомов трудностей в обучении в период начальной школы.

Необходимо продолжение исследований в этой области, в том числе с использованием лонгитюдных методов, задачей которых будет разработка коррекционных методик с доказанной эффективностью, разработка методов профилактики школьной дезадаптации с учетом различных факторов её формирования, а также создание межведомственной системы сопровождения школьного обучения для раннего выявления и работы с проявлениями школьной дезадаптации.

Список литературы

1. Sharma S. Adjustment: process, achievement, characteristics, measurement and dimensions. International Journal of Academic Research. 2016. vol. 3. URL: https://www.researchgate.net/publication/314087231_Adjustment_process_achievement_characteristics_measurement_and_dimensions (дата обращения: 02.02.2022).
2. Morin A. Signs of Adjustment Disorder in Children. Verywell: Mind. 2020. April 01. URL: <https://www.verywellmind.com/what-is-an-adjustment-disorder-in-children-4134257> (дата обращения: 02.02.2022).
3. Lakhani P., Jain K., Chandel P. School Adjustment, Motivation and Academic Achievement among Students. International Journal of Management and Social Sciences. 2017. vol. 7. Issue 10.

URL:

https://www.researchgate.net/publication/321741311_School_Adjustment_Motivation_and_Academic_Achievement_among_Students/download (дата обращения: 02.02.2022).

4. Yun-hung K.Y. Special needs of maladjusted children. Education Bureau of Hong Kong. 2016. URL: https://cd.edb.gov.hk/la_03/chi/curr_guides/maladjusted/ema-2.htm (дата обращения: 02.05.2022).

5. Котова К.В., Шалагинова К.С. Основные категории трудностей, испытываемые первоклассниками в период адаптации к школе // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 1. С. 96–96.

6. Аниденкова М.М., Фомина О.Е. Проблемы адаптации ребенка к обучению в начальной школе // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: Материалы II Международной научно-практической конференции (г. Улан-Удэ, 06–07 декабря 2013 г.). Улан-Удэ: Издательство Восточно-Сибирского государственного университета технологий и управления, 2013. С. 13–15.

7. Шлыкова Д.В. Проблемы школьной адаптации детей // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2015. № 4 (40). С. 111–121.

8. Безруких М.М. Здоровье школьников, проблемы, пути решения // Сибирский педагогический журнал. 2012. № 9. С. 11–16.

9. Montroy J.J., Bowles R.P., Skibbe L.E., Foster T.D. Social skills and problem behaviors as mediators of the relationship between behavioral self-regulation and academic achievement. *Early Childhood Research Quarterly*. 2014. Т. 29. №. 3. P. 298–309.

10. Blair C., Raver C.C. School readiness and self-regulation: A developmental psychobiological approach. *Annual review of psychology*. 2015. Т. 1. P. 711–731.

11. Petersen S.E., Posner M.I. The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual review of neuroscience*. 2012. Т. 35. P. 73–89.

12. Greenwood C.R., Walker D., Buzhardt J., Howard W.J., McCune L., Anderson R. Evidence of a continuum in foundational expressive communication skills. *Early childhood research quarterly*. 2013. Т. 28. № 3. P. 540–554.

13. Шишкина А.С. Речевая готовность к школе детей дошкольного возраста // Молодой ученый. 2016. № 24. С. 560–562.

14. Антонюк В.З. Формирование интеллектуальной готовности старшего дошкольника к учебе в школе // Балтийский гуманитарный журнал. 2013. № 3. С. 5–7.

15. Wichstrøm L., Berg-Nielsen T.S., Angold A., Egger H.L., Solheim E., Sveen T.H. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J. Child Psychol Psychiatry*. 2012. vol. 53. P. 695–705.

16. Akçınar B. The predictors of school adaptation in early childhood. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013. vol. 93. P. 1099–1104.

17. Баландина О.В., Божкова Е.Д., Дворянинова В.В., Катунцова В.В., Коновалов А.А. Коррекция школьной дезадаптации на основе междисциплинарного подхода // Медицинский альманах. 2019. № 2 (59). С. 24–29.

18. Семакова Е.В. Способ диагностики школьной дезадаптации у младших школьников // Патент РФ № 2605619. Патентообладатель федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Смоленский государственный университет (СмоЛГУ). 2016. Заявл. 26.10.2015; Опубл. 27.12.2016.
19. Racz S. J., King K.M., Wu J., Witkiewitz K., McMahon R.J. The predictive utility of a brief kindergarten screening measure of child behavior problems. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2013. vol. 81. № 4. P. 588.
20. Куликова Т.И., Нгок Н.З. Эмоциональные нарушения в младшем школьном возрасте: результаты исследования // *Концепт*. 2017. № 7. С. 55–59.
21. Литвиненко Н.В. Школьная тревожность как показатель нарушения адаптации школьников к образовательной среде // *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 5.; URL: <https://science-education.ru/ru/issue/view?id=119> (дата обращения 02.05.2022).
22. Bernaras E. et al. Child depression in the school context. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011. vol. 29. P. 198–207.
23. 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.
24. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Шалимов В.Ф., Ошевский Д.С., Александрова Н.А. Клинические рекомендации по диагностике и лечению инфантилизма у несовершеннолетних. М.: ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 39 с.
25. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Гиперкинетические расстройства (СДВГ). М.: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, 2015. 82 с.
26. Richardson M. Non-pharmacological interventions for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) delivered in school settings: systematic reviews of quantitative and qualitative research. *Health Technology Assessment*. 2015. vol. 19. № 45. P.1–417.
27. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения // *Вопросы современной педиатрии*. 2014. Т. 13. № 4. С. 48–53.
28. Макарова И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. М.: Наука и техника, 2013. 221 с.
29. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. In. *National Clinical Practice Guideline Number 87*. London: National Institute for Clinical Excellence, 2018. 57 p.

30. Prasad V., Brogan E., Mulvaney C., Grainge M., Stanton W., Sayal K. How effective are drug treatments for children with ADHD at improving on-task behaviour and academic achievement in the school classroom? A systematic review and meta-analysis. *Eur. Child Adolesc. Psychiatr.* 2013. vol. 22. P. 203–216.
31. Storebo O.J., Ramstad E., Helle B. Krogh, Moreira-Maia C.R., Holmskov M., Skoog M., Nilausen T.D., Magnusson F.L., Zwi M., Gillies D., Rosendal S., Groth C., Rasmussen K.B., Gauci D., Kirubakaran R., Forsbøl B., Simonsen E., Gluud C. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst. Rev. BMJ.* 2018. T. 351. URL: DOI: 10.1136/bmj.h5203 (дата обращения: 02.05.2022).
32. Webster-Stratton C., Reid M.J., Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early-onset conduct problems: who benefits? *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001. vol. 42. № 7. P. 943–952.
33. Searight H.R., Rottnek F., Abby S.L. Conduct Disorder: Diagnosis and Treatment in Primary Care. *Am. Fam. Physician.* 2001. vol. 63. no. 8. P. 1579–1589.
34. Хотылева Т.Ю., Ахутина Т.В. Технологии психолого-педагогической помощи детям с СДВГ в Норвегии // Психолого-педагогические исследования. 2010. № 5.; URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2010/n5/Hotyleva_Ahutina.shtml (дата обращения: 03.05.2022).
35. Rapoport J.L., Gogtay N. Brain neuroplasticity in healthy, hyperactive and psychotic children: insights from neuroimaging. *Neuropsychopharmacology.* 2008. vol. 33. P. 181–197.
36. Anderson V., Spencer-Smith M., Wood A. Do children really recover better? Neurobehavioral plasticity after early brain insult. *Brain.* 2011. vol. 134. no. 8. P. 2197–2221.
37. 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. no. 1. P. e0201779
38. Piffner L.J., Rooney M., Haack L., Villodas M., Delucchi K., McBurnett K. Randomized Controlled Trial of a School-Implemented School-Home Intervention for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Impairment. *J. Am. Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016. vol. 55. no. 9. P. 762–770.
39. Tingstrom D.H., Sterling-Turner H.E., Wilczynski S.M. The good behavior game: 1969–2002. *Behavior Modif.* 2006. vol. 30. no. 2. P. 225–253.
40. Kazdin A.E., Wassell G. Children. Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2000. vol. 39. no. 4. P. 414–420.

41. Halperin J.M., Marks D.J., Bedard A.C., Chacko A., Curchack J.T., Yoon C.A., Healey D.M. Training executive, attention, and motor skills: A proof-of-concept study in preschool children with ADHD. *Journal of the Attention Disorders*. 2013. vol. 17. P. 711–721.
42. 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. no. 6. P. 1671–1683.
43. Melby-Lervag M., Hulme C. Is working memory training effective? A meta-analytic review. *Dev Psychol*. 2013. vol. 49. P. 270–291.
44. Johnstone S.J., Roodenrys S., Blackman R., Johnston E., Loveday K., Mantz S., Barratt, M. F. Neurocognitive training for children with and without AD/HD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2012. vol. 4. P. 11–23.
45. Arns M., de Ridder S., Strehl U., Breteler M., Coenen A. Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis. *Clin EEG Neurosci*. 2009. vol. 40. P. 180–189.
46. Van Doren J., Arns M., Heinrich H., Vollebregt M.A., Strehl U., K Loo S. Sustained effects of neurofeedback in ADHD: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*. 2019. vol. 28. no. 3. P. 293–305.
47. 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. no. 1. P. 1–14.
48. Sinead McG., Grainne N.M., Maynooth T. Parenting Intervention for Childhood Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial in Disadvantaged Community-Based Settings. *American Psychological Association*. 2012. vol. 80. no. 1. P. 116–127.
49. Sanders M.R., Healy K.L., Grice C., Del Vecchio T. Thielking M., Terjesen M. Evidence-Based Parenting Programs: Integrating Science into School-Based Practice. *Handbook of Australian School Psychology*. 2017. vol. 1. P. 537–551.
50. Kazdin A.E., Glick A., Pope J., Kaptchuk T.J., Lecza B., Carrubba E., McWhinney E., Hamilton N. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *J. Clin. Health Psychol*. 2018. vol. 18. no. 2. P. 91–101.