

КОРРЕКЦИЯ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕЗАДАПТИВНОГО СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ 6-7 ЛЕТ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ

В статье рассматривается проблема предупреждения и коррекции проявлений дезадаптивного состояния дошкольников в условиях Центра психолого-медико-социального сопровождения детей. Представлены методы и результаты изучения проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет, результаты апробации комплексной программы коррекции проявлений дезадаптивного состояния детей в условиях Центра.

Поступление ребенка в школу - переломный период его социализации, особая стрессовая ситуация, которая несет с собой серьезные испытания его адаптационных возможностей. Успешность адаптации к школе, по утверждению исследователей, зависит от уровня готовности ребенка к школьному обучению или школьной зрелости, от его эмоционального благополучия, благоприятной социальной ситуации и от состояния здоровья (И.В.Дубровина, М.М.Безруких, Н.В.Нижегородцева, Л.Н.Уварова, Н.Я.Семаго и др.). Проблемы со здоровьем и связанная с этим задержка морфофункционального и психофизиологического развития детей, а значит и снижение способности к адаптации, приводят к затруднениям в процессе обучения [1,2,9]. Деятельность адаптивных процессов в дошкольном возрасте может служить признаком развития дезадаптивных состояний в последующие возрастные периоды. В связи с этим необходимо выделить такое растущее социально-средовое явление как школьная дезадаптация, формирующееся в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка требованиям новой социальной ситуации [5]. Согласно многочисленным исследованиям проявления школьной дезадаптации являются следствием неразрешенных дошкольных проблем ребенка, снижения уровня резервных возможностей, адаптационных механизмов его организма, низкого уровня здоровья и школьной незрелости [4, 6, 10, 11]. В исследованиях, проведенных в институте гигиены детей и подростков, была установлена роль критических периодов онтогенеза в увеличении числа случаев нервно-психических расстройств и про-

явлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет (М.М.Безруких, Д.А.Фарбер, О.Ю.Чиркова). Следовательно, особо значимым является предшкольный этап развития ребенка, так как именно переход от дошкольного возраста к школьному осложняется нарушениями физиологического и психологического равновесия, снижением адаптационного резерва детей 6-7 лет, обеспечивающего приспособление организма к изменяющимся условиям внешней среды. Состояние дистресса, чрезмерное психоэмоциональное напряжение детей накануне поступления в школу и отсутствие специальной работы по развитию адаптационных и резервных возможностей детей 6-7 лет приводят к формированию дезадаптивного состояния. Согласно исследованиям Е.П.Ильина, Н.П.Сетко, О.Ю.Чирковой проявления дезадаптивного состояния имеют нервно-психическую и психофизиологическую основу и являются следствием школьной незрелости детей 6-7 лет.

С учетом масштабов, а также негативных последствий дезадаптивного состояния, актуальности и необходимости решения, проблема школьной адаптации и дезадаптации отнесена к одной из наиболее серьезных социальных проблем. В течение последних лет в педагогической психологии наблюдается повышенный интерес к проблеме психологической готовности и адаптации\дезадаптации детей к школе (А.Л.Венгер, 1988; Н.И.Гуткина, 1996; Е.Е.Кравцова, 1989; М.Р.Битянова, 1998; С.Ю.Ганжа, 2000; И.А.Королева, 2003, Е.В.Резухина, 2003). Исследованию условий предупреждения и коррекции школьной дезадаптации и дезадаптивного состояния посвящены работы Даля Йоно Насвинете, 1994; Е.Ю.Борисо-

вой, 2000; В.Ф.Богуславской, 2000; Л.Н.Винокурова, 2000; Н.Г.Миловановой, 2001; Г.А.Дорофеевой, 2001; Е.В.Ануфриенко, 2002; Л.С.Ивановой, 2003; В.В.Гурьевой, 2004; Е.В.Бахаревой, 2005; Л.В.Замулиной, 2006; А.Ю.Пасторовой, 2006.

При всей безусловной значимости упомянутых исследований до настоящего времени в педагогической психологии нет ясных представлений о дезадаптивных состояниях детей 6-7 лет; недостаточно обозначен приоритет коррекционно-развивающей направленности в решении вопроса предупреждения школьной дезадаптации на дошкольном этапе развития. В литературе практически не представлены специальные исследования по коррекции проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 летнего возраста в условиях профессионального взаимодействия специалистов Центра психолого-медико-социального сопровождения детей.

Мы рассматриваем школьную дезадаптацию как особое психическое состояние и реакцию всей личности в целом в ответ на стрессовую ситуацию, каковой является начало обучения в школе и следствие проявлений дезадаптивного состояния ребенка на дошкольном этапе развития (в единстве психического, физиологического и поведенческого компонентов).

Таким образом, дезадаптивное состояние детей 6-7 лет - это общеситуационное состояние психической активности, временное своеобразие психической деятельности, представляющее собой относительно устойчивую интеграцию нервно-психических проявлений, характеризующих школьную незрелость ребенка и проявляющееся в функциональной недостаточности одной или нескольких сторон психической активности (морфофункциональной, сенсомоторной, эмоционально-личностной).

К проявлениям дезадаптивного состояния детей 6-7 лет мы относим переходное психическое состояние от адаптации к дезадаптации, возникающее как следствие взаимосвязанных и взаимозависимых психофизиологических и психологических показателей, характеризующих школьную незрелость детей 6-7 лет, проявляющееся в соматичес-

кой ослабленности, в низком уровне функциональной готовности к школе, в высоком напряжении адаптационных возможностей организма, в низком уровне резервных возможностей дыхательной системы организма, утомляемости, высокой тревожности, в низком уровне развития школьно-значимых функций (произвольного внимания, зрительно-моторной координации и тонкой моторики руки), в эмоциональном неблагополучии, и способствующее формированию школьной дезадаптации у первоклассников.

В нашем исследовании мы поставили перед собой следующую цель: изучить проявления дезадаптивного состояния дошкольников накануне поступления в школу, выявить их прогностическую значимость в плане развития школьной дезадаптации и скорректировать проявления дезадаптивного состояния детей 6-7 лет. Мы предположили, что коррекция проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет возможна при создании следующих психолого-педагогических условий: комплексной диагностики проявлений дезадаптивного состояния детей на дошкольном этапе развития, разработки и реализации комплексной программы коррекции проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет, профессиональном взаимодействии субъектов коррекционно-развивающего процесса, эффективном сотрудничестве специалистов, родителей и детей.

Исследование проводилось на базе Центра психолого-медико-социального сопровождения детей и подростков «Вита» города Гая Оренбургской области. Нами был обследован 251 ребенок 6-7 лет (дошкольники, посещающие и не посещающие дошкольные образовательные учреждения, из них 110 мальчиков и 141 девочка).

При определении физического развития ребенка и состояния физиологических функций организма измерялись такие медицинские показатели как биологический возраст, жизненная емкость легких (ЖЕЛ), мышечная сила правой и левой руки (динамометрия), нарушения осанки, структурные компоненты заболеваемости.

Психологическая диагностика школьной зрелости включала в себя: 1) определе-

ние уровня адаптации по индексу функционального напряжения (по Казначееву В.П.); 2) определение готовности к школе по тесту Керна-Йерасека; 3) изучение качества зрительно-моторной координации по Гештальт-тесту Бендера; 4) изучение особенностей внимания, скорости переработки информации и работоспособности по тесту Тулуз-Пьерона; 5) оценку уровня тревожности по тесту Тэммл, Дорки, Амен.

Результаты обследования свидетельствуют о том, что многие дети по медицинским или психофизиологическим параметрам не отвечают критериям школьной зрелости; наряду с элементами акселерации у будущих первоклассников все больше отмечаются элементы ретардации (замедленного развития): 24,3% детей 6-7 лет не отвечают критериям биологической зрелости. Анализ результатов антропометрического обследования выявил, что лишь у 18% детей уровень физического развития по показателям веса и роста соответствует современным региональным возрастным нормативам. Средний рост детей 6-7 лет составил 121,4 см, средний вес – 22,4 см.

Для оценки функциональных возможностей организма ребенка, при учете одного из ведущих его свойств – адаптивности, был рассчитан индекс функционального напряжения (ИФН) по результатам электрокардиограммы. Большая часть детей 6-7 лет имела индекс напряжения ниже нормы адаптации. Выявлено с напряжением механизмов адаптации – 29,7% детей; с неудовлетворительной адаптацией – 48,7% детей; со срывом адаптации – 7,8% детей. Следовательно, 86,2% будущих первоклассников нуждались в охранительном режиме в школе. Полученные нами результаты отчасти перекликаются с результатами других исследований состояния адаптации и уровня школьной зрелости первоклассников. (Сетко Н.П., Шереметьева Э.М., Лебедева И.В., 1999), где показатель адаптированности (ИНФ), соответствующий удовлетворительной адаптации наблюдался у 27,6% детей, пограничной адаптации - у 54,2% детей [11].

Полученные результаты измерения резервных возможностей дыхательной систе-

мы свидетельствуют о том, что жизненная емкость легких ниже нормы у 21,8% детей.

Анализ результатов динамометрии свидетельствует о том, что сила кисти рук ниже нормы у 43,9% детей.

Анализ заболеваемости среди детей 6-7 лет, поступающих в школу, показал, что среди структурных компонентов заболеваемости первое место занимают заболевания сердечно-сосудистой системы (50,4%), на втором месте заболевания дыхательных органов: 38,6%. В литературных источниках упоминается выражение «школьные болезни», к которым относят нарушения осанки и миопию (пониженное зрение), то есть, эти заболевания дети приобретают, обучаясь в школе. К сожалению, диагностика позволила констатировать тот факт, что дети, еще не пришедшие в школу, имеют эти заболевания. В результате обследования установлено, что 30% детей имеют нарушения осанки, хотя нарушения осанки медики относят к «школьным болезням», 8,9% будущих первоклассников имеют пониженное зрение. Следовательно, полученные результаты соответствуют литературным данным. По свидетельству Г.Кумариной, у первоклассников наблюдается отчетливый рост отклонений в нервно-психической сфере (до 54%), нарушения зрения (45%), осанки и стопы (38%), заболеваний органов пищеварения (до 30%) [7].

Оценивая функциональную готовность к школьному обучению по ориентировочному тесту школьной зрелости Керна-Йерасека, были получены следующие результаты: неудовлетворительную степень готовности к школьному обучению имели 9,5% детей.

Изучение особенностей внимания, скорости переработки информации и работоспособности проводилось по тесту Тулуз-Пьерона. Результаты представлены в таблице.

Из таблицы видно, что показатель «скорость переработки информации» или работоспособность имеет уровень патологии у 10,5% детей, показатель «точность выполнения теста», характеризующий развитость произвольного внимания, в особенности, способность к произвольной концентрации внимания имеет уровень патологии у 6,3%

Таблица 1. Результаты обследования по тесту Тулуз-Пьерона.

кол-во детей	показатель 1. скорость переработки информации (v)					показатель 2. точность выполнения -К				
	патология	слабая	норма	хорошая	высокая	патология	слабая	норма	хор.	выс.
251	10,5%	13,4%	50,6%	23,6%	1,9%	6,3%	3,5%	25,9%	29,5%	34,8%

Таблица 2. Результаты обследования по Гештальт – тест Бендера и тесту тревожности Тэммл, Дорки, Амен.

кол-во детей	Зрительно-моторная координация (гештальт-тест Бендер)				Уровень тревожности (тест Тэммл, Дорки, Амен)		
	значит. нарушения	слабый	средний	хороший	низкий	средний	высокий
251	40,5%	42,4%	14,8%	2,3%	2,3%	70,7%	27%

детей. Данные показатели являются основанием для диагностики у детей функциональных отклонений в деятельности мозга (ММД). Слабый уровень развития произвольного внимания и работоспособности выявляется у 3,5% и 13,4% (16,9%) детей 6-7 лет. Изучение качества развития зрительно-моторной координации и уровня тревожности у дошкольников проводилось по Гештальт-тесту Бендера и тесту Тэммл, Дорки, Амен. Результаты представлены на таблице.

Из таблицы видно, что значительные нарушения зрительно-моторной координации регистрируются у 40,5% детей, слабый уровень формирования зрительно-моторной координации - у 42,4% детей. По свидетельству Л.Я.Ясюковой, значительные нарушения зрительно-моторной координации связываются с различными поражениями теменных отделов головного мозга (ММД) [13]. Так, 82,9% детей с нарушениями зрительно-моторной координации относятся нами к «группе риска» по формированию школьной дезадаптации, с проявлениями дезадаптивного состояния.

Результаты, полученные по тесту Тэммл, Дорки, Амен характеризуют уровень тревожности ребенка перед поступлением в школу. Из 251 опрошенных детей 6-7 летнего возраста средний уровень тревожности выявлен у 70,7% детей; высокий уровень тревожности – у 27% детей.

Корреляционный анализ обнаружил значимые корреляции между медицинскими и психофизиологическим признаками школьной зрелости ($p < 0,05$). Установлена положительная корреляционная связь между следующими признаками: силой кисти

правой руки и левой ($r=0,80$), силой кистей рук и ростом ($r=0,33$), весом и силой кистей рук ($r=0,32$), силой кистей рук и жизненной емкостью легких (ЖЕЛ) ($r=0,31$), силой кистей рук и осанкой ($r=0,28$), осанкой и ЖЕЛ, ростом и весом, весом и ЖЕЛ, ростом и ЖЕЛ. Положительная корреляционная связь существует между признаками «внимательность» и «скорость переработки информации» ($r=0,14$), «скорость переработки информации» и «зрительно-моторная координация» ($r = 0,27$), с отрицательным знаком коэффициент корреляции между внимательностью и жизненной емкостью легких ($r=-0,13$). Готовность к школе отрицательно связана с осанкой, положительно - с весом и отрицательно связана со зрительно-моторной координацией (коэффициент корреляции между показателями соответственно равен $-0,12$; $0,12$; $-0,14$).

Методика неоднородной последовательной статистической процедуры распознавания по Гублеру Е.В. позволила выделить наиболее информативные с точки зрения прогностических возможностей проявления дезадаптивного состояния детей 6-7 лет с вероятностью ошибки 18%. Наиболее информативными в плане прогнозирования проявлений дезадаптивного состояния у дошкольников стали признаки: «внимательность», «скорость переработки информации», «зрительно-моторная координация», «тревожность», «индекс напряжения», «жизненная емкость легких (ЖЕЛ)». Для внимательности коэффициент информативности составил 0,97; для скорости переработки информации – 1,09; для зрительно-моторной координации – 0,20; для тревожности – 0,81;

для индекса напряжения – 0,02; для жизненной емкости легких (ЖЕЛ) – 0,26.

По результатам исследования нами условно выделены три группы детей с проявлениями дезадаптивного состояния:

1. Дети с нарушениями физического здоровья и морфофункционального развития;

2. Дети с нарушениями внимания и зрительно-моторной координации, с низким уровнем функциональной готовности к школе;

3. Дети с высоким уровнем тревожности и высоким индексом напряжения (со срывом адаптации; с высоким напряжением адаптационных механизмов).

Результаты проведенного исследования позволяют нам сделать некоторые выводы:

1. что на дошкольном этапе развития у ребенка 6-7 лет имеются проявления дезадаптивного состояния, проявляющиеся в недостаточности некоторых сторон психической активности:

1) морфофункциональной, проявлениями которой явились неудовлетворительная степень функциональной готовности к школе, по тесту Керна-Йирасека. у 9,5% детей; функциональная незрелость: по результатам антропометрических обследований 24,3% детей 6-7 лет не отвечают критериям биологической зрелости, 18% детей с низким уровнем физического развития, 43,9% детей с низким уровнем резервных возможностей дыхательной системы по результатам измерения жизненной емкости легких, 30% детей с нарушениями осанки; высокий уровень функционального напряжения систем организма: у 86,2% детей выявлена неудовлетворительная адаптация или срыв адаптационных механизмов;

2) сенсомоторной, проявлениями которой явились низкий уровень развития произвольного внимания и зрительно-моторной координации, низкий уровень скорости переработки информации (работоспособности): по результатам теста Тулуз-Пьерона развитие произвольного внимания имеет уровень патологии у 6,3% детей, слабый уровень развития произвольного внимания выявлен у 3,5% детей, у 10,5% детей скорость перера-

ботки информации (работоспособность) имеет уровень патологии, у 13,4% детей - слабый уровень развития; значительные нарушения зрительно-моторной координации по результатам гештальт-теста Бендера выявлены у 40,5% детей, слабый уровень формирования зрительно-моторной координации выявлен у 42,4% детей; такой показатель развития тонкой моторики руки, как сила кисти рук, по результатам динамометрии, ниже нормы у 43,9% детей;

3) эмоционально-личностной, проявлениями которой явились высокий уровень тревожности, выявленный у 62,2% детей по тесту Тэммл, Дорки, Амен; эмоциональное неблагополучие в семье, трудности в общении с взрослыми и сверстниками;

3. Корреляционный, регрессионный и факторный анализ результатов диагностики физиологических и психологических показателей школьной зрелости дошкольников подтвердил наше предположение о наличии у них проявлений дезадаптивного состояния и выявил наличие статистически достоверных связей ($p < 0,05$) между ними. В структуре «школьной зрелости» выделено три значимых фактора проявлений дезадаптивного состояния: «фактор физического здоровья», «фактор школьно-значимых функций», «фактор готовности руки к письму».

4. Наиболее информативными в плане прогнозирования ранних проявлений школьной дезадаптации у дошкольников стали признаки: «внимательность», «скорость переработки информации», «зрительно-моторная координация», «тревожность», «индекс напряжения», «жизненная емкость легких (ЖЕЛ)» (коэффициенты информативности: 0,97; 1,09; 0,20; 0,81; 0,02; 0,26);

4. По результатам исследования нами выделено три группы детей с проявлениями дезадаптивного состояния в зависимости от его характеристик, с которыми проводилась коррекционно-развивающая работа.

Результаты исследования школьной зрелости убедили нас в необходимости коррекции проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет на дошкольном этапе развития посредством разработки и апробации комплексной программы.

В целях совершенствования работы в сфере оказания психологической помощи будущим первоклассникам, с проявлениями дезадаптивного состояния, и их родителям, мы разработали комплексную программу «Сотрудничество=Успех=Будущее». Программа реализовывалась в рамках летнего оздоровительного лагеря «Островок здоровья» в июне – месяце в условиях Центра психолого-медико-социального сопровождения.

Программа реализовывалась в три этапа: первый - организационно-диагностический-обеспечивал изучение проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет и определение путей ее решения, второй этап - коррекционно-развивающий-обеспечивал достижение поставленных целей и задач, третий – аналитический этап –позволил подвести итоги и оценить результативность коррекционно-развивающей деятельности. Содержание первого этапа включало данные, полученные на этапе констатирующего эксперимента, по результатам которого были сформированы группы детей по характеру проявлений дезадаптивного состояния: соматически ослабленные, с низким уровнем функциональной готовности к школе, с нарушениями внимания и зрительно-моторной координации, с высоким индексом напряжения адаптационных (регуляторных) механизмов, с высоким уровнем тревожности. В формирующем этапе эксперимента участвовало 39 дошкольников, из них 15 мальчиков и 24 девочки.

Содержание коррекционно-развивающего этапа включало в себя: 1) оздоровительные мероприятия, которые проводили медики: массаж, закаливающая процедура «соляная дорожка», сеансы рефлексотерапии, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура, сеансы релаксации, фитотерапия;

2) коррекционно-развивающие (проводили психологи и воспитатели): индивидуальное консультирование, психолого-педагогическое просвещение родителей в рамках «Школы для родителей»; совместные досуговые мероприятия; коррекционно-развивающие занятия с детьми по коррекции и развитию внимания, зрительно-моторной координации; по коррекции тревожности и снятию эмоционального напряжения; тренинг саморегуляции для детей «Живительный источник»; компьютерный психофизиологический тренинг «Антистресс», основанный на методе биологической обратной связи

(БОС); тренинг эффективного взаимодействия родителей с детьми «Вместе с тобой». Содержание третьего этапа включило в себя проведение выходной диагностики и обсуждение результатов коррекционно-развивающей работы.

Результаты диагностики внимания, зрительно-моторной координации представлены на рисунках 1 и 2.

На рисунке 1 видно, что у детей коррекционной группы уровень развития внимательности повысился: норма у 43,8% детей,

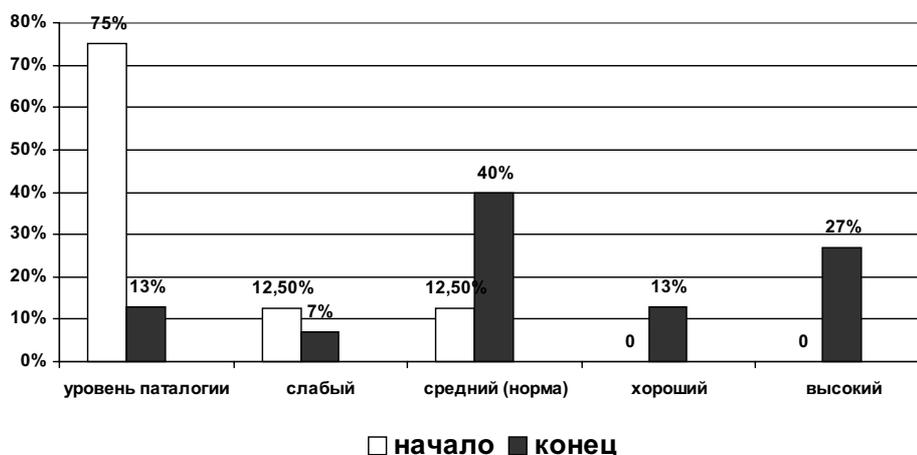


Рисунок 1. Показатели динамики уровня развития внимательности у детей в процессе коррекции.

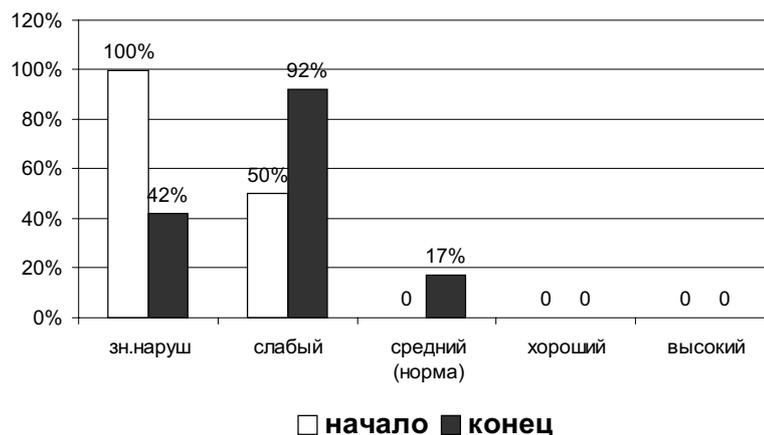


Рисунок 2. Показатели динамики уровня развития зрительно-моторной координации у детей в процессе коррекции.

хороший уровень у 12,5% детей, высокий уровень у 25% детей, а уровень патологии снизился у 72,5% детей, что свидетельствует об успешности коррекционно-развивающей работы. На рисунке 2 видно, что у детей коррекционной группы уровень развития зрительно-моторной координации повысился: снизилось количество детей со значительными нарушениями зрительно-моторной координации (58%) и увеличилось количество детей с нормой (17%), что свидетельствует об эффективности занятий.

С группой детей с высоким уровнем тревожности и эмоциональными расстройствами проводились коррекционные занятия по снижению уровня тревожности и саморегуляции эмоционального состояния.

Результаты выходной диагностики свидетельствуют о том, что высокий уровень тревожности снизился у 50% детей, у 67% детей нормализовалось эмоциональное состояние. В ходе занятий дети овладели способами саморегуляции и самоконтроля, которые способствуют снижению у них уровня тревожности. С группой детей с высоким индексом напряжения регуляторных механизмов организма, с повышенным и высоким уровнем тревожности, с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью проводился компьютерный психофизиологический тренинг «Антистресс», с использованием метода биологической обратной связи (БОС). Основной целью тренинга являлось

обучение детей рациональному использованию физиологических резервов организма за счет активных форм психофизиологической саморегуляции, тренировки внимания на основе аппаратных модификаций. Количество проведенных сеансов составило 171, количество детей – 21. Результаты свидетельствуют о том, что навык произвольного управления поведением сформировался и закрепился у 43% детей, прошедших сеансы тренинга. Снижению эмоционально-психического напряжения, тревожности, повышению уровня адаптационных возможностей организма детей, формированию адекватной самооценки и уверенности в себе, установлению и развитию отношений партнерства и сотрудничества между родителями и детьми способствовал тренинг эффективного взаимодействия родителей с детьми. На занятиях детско-родительской группы отработывались навыки конструктивного общения, оказания психологической поддержки, понимания взрослыми внутренних переживаний своего ребенка. По свидетельствам родителей, после завершения тренинга они стали лучше понимать своих детей (75%), приобрели навыки конструктивного взаимодействия с детьми (45%), улучшились отношения в семье (62%).

Таким образом, подтвердилось наше предположение о том, что коррекция проявлений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет возможна при создании определенных

психолого-педагогических условий: комплексной диагностики проявлений дезадаптивного состояния детей на дошкольном этапе развития, разработки и реализации комплексной программы коррекции прояв-

лений дезадаптивного состояния детей 6-7 лет, профессиональном взаимодействии субъектов коррекционно-развивающего процесса, эффективном сотрудничестве специалистов, родителей и детей.

Список использованной литературы:

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков: автореф. дис.докт. мед.наук., 2000.- 23с.
2. Ананьев Н.А. Состояние здоровья детей и адаптационные возможности школьников// Состояние здоровья детей дошкольного и школьного возраста и факторы его определяющие: сб. науч. тр. НИИ гигиены и профилактики детей и подростков.-М., 1991.- С.52-57.
3. Азарова Т.В. Битянова М.Р. Развивающая работа психолога на этапе адаптации детей к школе (научно-методическая программа). // Мир психологии.- 1996.- № 1. -С. 147-169.
4. Битянова М.Р. Адаптация ребенка к школе: диагностика, коррекция, педагогическая поддержка. М.: Педагогический поиск, 1998.- 112 с.
5. Гурьева В.В. Предупреждение школьной дезадаптации учащихся первых классов методом биологической обратной связи: автореф. канд. психол. наук, 2004.- 13с.
6. Дубровина И.В. Рабочая книга школьного психолога/И.В.Дубровина, М.К. Акимова, Е.М. Борисова/ под ред. И.В.Дубровиной.-М., 1991.-303с.
7. Кумарина Г.Ф. Школьная дезадаптация: признаки и способы предупреждения.//Народное образование.- 2002.-№1.- С.111-121.
8. Казначеев В. П. Биосистемы и адаптация – Новосибирск: Наука, 1973.- 76 с.
9. Коробейников И.А. Диагностические аспекты профилактики и коррекции школьной дезадаптации/ И.А.Коробейников, А.Ч. Агаев, Ш.Д.Миндиашвили: методические рекомендации.-М., 1997.- 123 с.
10. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. – М.,1991.- 151с.
11. Профилактика дезадаптации у первоклассников: информационно-методическое письмо/ под ред. Н.П. Сетко. – Оренбург, 1999.- 10 с.
12. Хухлаева О.В. Тропинка к своему Я: программа формирования психологического здоровья у младших школьников.-М.: Генезис, 2001.-67 с.
13. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: методическое руководство. - СПб.: ГП «ИМАТОН», 1999.-184с.