

**ІНФОРМАЦІЙНІ МАТЕРІАЛИ**  
**для працівників психологічної служби закладів загальної середньої**  
**освіти**

**«Раннє виявлення психічних розладів у дітей та підлітків».**

**І.А. Марценковський, І.І. Марценковська, Т.О. Скрипник**

**Відділ психічних розладів дітей та підлітків**  
**ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та**  
**моніторингу наркотиків МОЗ України»**

**Вступ.**

Психічне здоров'я дітей та підлітків в закладах дошкільної та шкільної освіти викликає занепокоєння у педагогічних працівників.

За даними ВООЗ понад 20% дітей у певний період свого життя мають значущі проблеми з психічним здоров'ям. Понад 10 відсотків дітей шкільного віку мають розлади психіки та поведінки, найпоширенішим є розлад дефіциту уваги / гіперактивності (РДУГ), другим за поширеністю є розлад емоційної регуляції (депресивні та тривожні розлади).

Проблеми зі шкільною адаптацією внаслідок розладів психіки та поведінки є головною причиною звернення батьків школярів за психіатричною допомогою. Такі діти потребують оцінювання дитячим психіатром наявних порушень, визначення ознак психічних розладів, їх клінічної типології (діагностики психічних розладів відповідно до вимог сучасних діагностичних класифікацій ICD 11 та DSM 5), застосування спеціалізованих терапевтичних програм управління поведінкою, психотерапевтичного супроводу освітнього процесу.

Мережа інклюзивних ресурсних центрів Міністерства освіти та науки проводять оцінювання та корекційний супровід дітей з обмеженими можливостями, пов'язаними зі здоров'ям. Відповідно до міжнародних документів, *«діти з особливими потребами»* – особи до 18-ти років, які потребують додаткової підтримки, спеціальної організації освітнього процесу (діти з порушеннями психофізичного розвитку, діти з інвалідністю, діти-біженці, працюючі неповнолітні, діти-мігранти, діти – представники національних меншин, діти – представники релігійних меншин, діти із сімей з низьким прожитковим мінімумом, безпритульні діти, діти-сироти, діти із захворюваннями СНІД/ВІЛ та інші).

В українському законодавстві термін *«діти з особливими потребами»*, *«освітніми потребами»* використовується у вужчому розумінні, через призму інклюзивної освіти *«діти з особливими потребами»*, *«освітніми потребами»* і охоплює дітей з порушеннями психофізичного розвитку та дітей з

інвалідністю. Під категорію дітей, що мають особливі освітні проблеми зазвичай підпадають школярі з вадами слуху (глухі, оглухлі, зі зниженим слухом), з вадами зору (сліпі, осліплі, зі зниженим зором), з інтелектуальною недостатністю (розово відсталі, із затримкою психічного розвитку), з мовленнєвими порушеннями (розладами рецептивного, експресивного мовлення, розладами артикуляції), з порушеннями опорно-рухового апарату (із затримкою розвитку рухових навичок, позної та рухово-моторної координації), зі складною структурою порушень (розово відсталі сліпі чи глухі; сліпоглухонімі та ін., останнім часом діти з розладами аутистичного спектра), зі специфічними розладами формування шкільних навичок (дизлексією, дисграфією, дискалькулією). Значно рідше, незважаючи на те, що це можливо, відповідно до нормативно-правових документів МОН, в якості особливих освітніх проблем дитини ідентифікуються емоційно-вольові порушення, порушення соціальної взаємності, емоційної та соціальної перцепції аутистичного спектра, розлади уваги та імпульс-контролю, стигматизуючі прагматичні розлади мовлення, повторювані рухи та вокалізації, повторювані форми поведінки.

Батьки та вчителі багатьох школярів, які мають труднощі з регулюванням свого настрою та імпульс контролем без психіатричної інвалідності та діагностованих в інклюзивних ресурсних центрах розладів розвитку відчувають серйозні труднощі з шкільною адаптацією та академічною успішністю. Хоча спеціальна освіта може надавати послуги з психічного здоров'я ідентифікованим дитячим психіатром учням, більшість таких дітей, ті, з них, хто не отримують послуг спеціальної освіти, зазвичай позбавлені корекційно-педагогічних втручань. Шкільний персонал часто має труднощі з виявленням учнів з проблемами психічного здоров'я і високим ризиком інцидентів екстерналізованої проблемної поведінки. Вчителям також буває важко визначити інтерналізуючу дезадаптивну поведінку учнів. Така поведінка, як правило, не втручається в навколишнє середовище в класі, не заперечує авторитету вчителя, проте корелює підвищеним ризиком самоушкоджень та суїцидів.

З усвідомленням того, що проблеми психічного здоров'я є поширеними серед дітей шкільного віку від педагогів очікують, що вони будуть діяти, як перша лінія профілактики несприятливого перебігу психічних розладів, їх впливу на здатність до навчання. Задля таких дій освітяни мають набути навички встановлення ознак дезадаптивної поведінки у школярів з проблемами психічного здоров'я, ознаки їх екстерналізації та інтерналізації, навички втручання в специфічних групах ризику. Профілактичні втручання мають включати розуміння поведінки, яка не обов'язково може бути

проблематичною для навчання в класі, але в кінцевому підсумку може впливати на соціальну успішність учнів у школі та житті за межами школи.

### **Екстерналізована неадаптивна поведінка.**

Екстерналізована поведінка є поведінкою, спрямованою назовні, на соціальне середовище [1].

Учні можуть демонструвати різні варіанти екстерналізованої дезадаптивної поведінки, зокрема: **дратівливість** (irritability), **гнівливість** (anger), **ворожість** (hostility), зумовлені: афективними порушеннями; ажитацію (**agitation**), яку пов'язують з розладами поведінки при тривозі; упередженість, щодо ворожої налаштованості інших дітей, вчителів (**hostile attribution bias**), емоційну імпульсивність (**emotional impulsivity**), зумовлену когнітивними/нейрокогнітивними розладами. Диференційна діагностика таких варіантів екстерналізованої поведінки педагогічними працівниками викликає значні складності [2- 9].

Зазначені фенотипи неадаптивної поведінки створюють проблеми в шкільному середовищі, мають певну тривалість і різноманітність проявів. Вони можуть бути перевірені на відповідність критеріям психічного розладу, відповідність однієї з шести діагностичних категорій:

- **Опозиційно - девіантного розладу** (Oppositional Defiant Disorder, ODD) - патерну аргументованої і зухвалої поведінки, з мстивістю, дратівливістю;
- **Кондуктивному (антисоціальному) розладу поведінки** (Conduct Disorder, CD) - патерну повторюваної девіантної поведінки з агресією до людей або тварин, випадками знищення майна, крадіжками, серйозним порушенням соціальних правил дітьми та підлітками до 18 років;
- **Антисоціальному особистісному розладу** (Antisocial Personality Disorder, ASPD), який діагностується у осіб старше 18 років, але подекуди неповнолітні розглядаються в групі ризику по цьому розладу;
- **Межовому розладу особистості** (Borderline Personality Disorder, BPD) – патерну поведінки при первазивному розвитку з нестабільністю міжособистісних стосунків, емоційної регуляції, вираженою імпульсивністю, починаючи з раннього дорослішання;
- **Експлозивному поведінковому розладу** (Intermittent Explosive Disorder, IED): патерну поведінки з повторюваними епізодами імпульсивних дій, агресивними спалахами, непропорційними подражнику провокацій у дітей старше 6 років;
- **Розлад дефіциту уваги/гіперактивності** (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder, ADHD) - патерну поведінки з неухважністю та/чи

гіперактивністю - імпульсивністю, які заважають функціонуванню або розвитку, не можуть бути пояснені іншим психічним розладом.

Діагностика психічних розладів є виключною компетенцією лікаря-психіатра дитячого, порядок її проведення регламентується нормами законодавства про охорону психічного здоров'я, зокрема потребує інформованої письмової згоди обох батьків. Педагогічний працівник може порадити батькам звернутися за спеціалізованою психіатричною допомогою до лікаря психіатра дитячого, але не може вимагати результати цього обстеження. Школа може запросити дитячого психіатра в якості консультанта з питань проблемної поведінки дитини, але фахівець має обмежитися спостереженням за поведінкою дитини в групі і не може проводити психіатричне обстеження без згоди батьків.

До сфери компетенції педагогічного працівника відноситься встановлення одного з 3 варіантів екстерналізованої поведінки (агресії, протестної поведінки з невиконанням загальних правил поведінки в закладі, імпульсивної поведінки).

## **Агресія**

Агресія проявляється як навмисні словесні погрози на адресу однолітків і шкільного персоналу, фізичні агресивні дії (наприклад, кидання речей, удари ногами, кусання), які завдають фізичної шкоди, шкоди майну інших.

Це не означає, що всі випадки агресії мають розцінюватися, як зумовлена психічними розладами екстерналізована поведінка. Важливим при оцінюванні є тяжкість, брутальність проявів, їх повторюваність протягом певного часу. Демонстрація стійких агресивних дій протягом 6 місяців не вважається типовою поведінкою і може свідчити про наявність психічного розладу.

Більшість експертів розрізняють два клінічних фенотипа агресії, навіть якщо використовуються різні назви:

1. Агресія з ворожістю (серед інших назв вона також відома як «реактивна, імпульсивна чи афективна агресія») - дія, яка має на меті насамперед заподіяння шкоди іншій людині;

2. Інструментальна агресія (більше відома як «проактивна або попереджувальна») – дії, які є засобом для вирішення проблем або досягнення різних цілей.

Існує позитивна кореляція між переживанням та виразом гніву. Гнів завжди пов'язаний із фізіологічним збудженням та підготовкою до агресії. Гнів та імпульсивність позитивно корелюють з ворожістю, але не з інструментальною агресією. Імпульсивність та асоційована з нею агресія тісно

пов'язана з емоційним збудженням, ситуацією нестачі спілкування, але не з інструментальною агресією. Зрештою, ворожість позитивно корелює з гнівом та різними видами агресії, але не зі ступенем її виправдовування.

Агресивна поведінка у дитини може бути зумовлена травматичним досвідом, зокрема, коли члени сім'ї виявляють один до одного та до дитини вербальну або фізичну агресію, низькою самооцінкою внаслідок поганих академічних навичок, булінгу в школі і навіть історією підкріплення, пов'язаною з агресивною або насильницькою поведінкою. Такі діти часто мають дефіцит соціальної когніції, не повністю розуміють контекст складних соціальних ситуацій, поведуться в таких ситуаціях, що можуть викликати конфлікт негнучко.

### **Протестна поведінка з невиконанням загальних правил поведінки в закладі.**

Неадаптивне невиконання загальних правил поведінки в закладі зазвичай проявляється у двох різних формах [10 - 11].

Перша форма передбачає поведінку учнів, яка постійно суперечить встановленим правилам, тобто дитина недотримується добре відомих учням правил (наприклад, сидіти на призначених місцях, просити дозволу вийти з класу скористатися туалетом, зберігати тишу під час навчання, дотримуватися правил поведінки в коридорах закладу під час перерви, після занять, дотримуватися правил користування шафкою).

Другою формою тяжкої неадаптивної протестної поведінки є стійка аргументована поведінка або істерики, пов'язані з невиправданими вимогами дитини. Істерики можуть включати крик, плач; дитина може скиглити, сваритися, кидати предмети, ховатися під меблями, битися, бити ногами по меблям, кусатися або плюватися.

Як і у випадку з агресією, протестна поведінка з невиконанням загальних правил поведінки в закладі може свідчити про наявність психічного розладу в разі, якщо вона часто повторюється протягом 6 місяців.

### **Імпульсивна поведінка**

Імпульсивність поведінки часто проявляється у вигляді раптових спалахів агресії на тлі неувважності, відволікучості, неорганізованості, непосидючості. Ці спалахи можуть супроводжуватися знищенням майна, криками, ударами або ударами ногами. Неувважність визначається як неспроможність утримувати увагу під час виконання завдань протягом тривалого періоду часу, труднощі зі згадуванням деталей при описі подій,

переказі прочитаного, неспроможністю підтримувати спільну увагу при дискусіях, висловлюваннями не по темі [11]. Дезорганізованість – це відсутність здатності виконувати завдання, що вимагають кількох послідовних кроків. Така поведінка не є заздалегідь визначеною і є результатом проблем або стресу, напруження, яке учень відчуває всередині себе.

Як і у випадку з агресією та складним темпераментом, імпульсивна поведінка має часто повторюватися протягом 6 місяців, щоб вважатися розладом.

### **Інтерналізована неадаптивна поведінка**

Інтерналізована неадаптивна поведінка відноситься до поведінки, спрямованої всередину, безпосередньо на індивіда. Двома діагностичними категоріями інтерналізуючих розладів поведінки є розлади, пов'язані з тривогою та розладами настрою [11 -12].

### **Тривожні розлади**

Неадаптивні поведінкові, психологічні реакції з проявами наступальної чи захисної агресії на людей або в ситуаціях, які не становлять реальної фізичної чи психологічної загрози, вважаються пов'язаними з тривогою. Тривожні розлади супровожуються тілесними почуттями, зокрема характеризується збільшенням частоти серцевих скорочень, дихання, напруженою м'язів. Розуміння внутрішніх механізмів такої поведінки є важливим для надання допомоги, проведення психотерапевтичних втручань, проте визначити учня з генералізованим або епізодичним тривожним розладом на основі проявів цієї поведінки педагогам складно. Однак діти та молоді з неадаптивною поведінкою, асоційованою з приступами тривоги, або її коливаннями демонструють спостережувану поведінку: часто усамітнюються, можуть упереджено уникати ситуацій, які викликають посилення тривоги. Частими проявами неадаптивної поведінки при тривожних розладах є пропуски уроків, прогули, залишення навчальної кімнати на тривалий період часу, відмова ходити до школи за надуманими причинами, уникання спілкування з однолітками за межами школи.

### **Розлади настрою**

Розлади настрою характеризуються порушеннями настрою та загального функціонування учня (режиму сну, режиму харчування, здатності виконувати повсякденні завдання). Подібно до учнів із тривожними

розладами, діти, які страждають на розлади настрою, демонструють різноманітну внутрішню поведінку, як-то руйнівне мислення, зниження енергії, суїцидальні думки, демонструють самоушкоджуючу поведінку. Діти не схильні обговорювати ці переживання з батьками та педагогами, що ускладнює їх визначення. Аутоагресивні дії школяра часто бувають несподіванкою для батьків та вчителів. Окремі форми поведінки у дітей з депресивними розладами більш помітні і можуть бути встановлені педагогами, зокрема не властиві раніше труднощі із завершенням шкільних вправ, швидке збільшення або зниження ваги, скарги на болі в шлунку, втрату інтересу до видів діяльності, незацікавленість заняттями, які їм раніше подобалися.

Педагоги повинні усвідомлювати, що екстерналізована неадаптивна поведінка може відбуватися разом із інтерналізованою неадаптивною поведінкою.

Учні часто демонструють ознаки як неадаптивної інтерналізуючої, так і екстерналізуючої поведінки.

### **Практичні рекомендації для педагогічних працівників.**

Контрольовані дослідження свідчать про ефективність педагогічних втручань на рівні класу для запобігання соціальних та емоційних проблем у дітей шкільного віку, шляхом зміни негативних моделей мислення та сприяння саморегуляції [13 - 14]. Однак для того, щоб учні з особливими освітніми проблемами отримали підтримку, їх спочатку потрібно ідентифікувати. У класі вчителі повинні знати про типову поведінку учнів, яка є індикатором можливих проблем із психічним здоров'ям.

Екстерналізуючу поведінку легше визначити в класі, оскільки вона руйнує середовище класу, як показано в таблиці 1.

Хоча специфічні ознаки учня з інтерналізованим розладом поведінки, важче спостерігати і встановлювати, є деякі ознаки, які педагогічні працівники можуть помітити в класі, як показано в таблиці 2.

Існує значне перекриття екстерналізованих та інтерналізованих розладів поведінки, оскільки поведінка, пов'язана з розладами настрою, зазвичай є початковим індикатором інших проблем психічного здоров'я у школярів. Незалежно від проблеми з психічним здоров'ям, з якою може зіткнутися учень, найважливішим є просто визначення того, що він може мати особливі освітні проблеми, потребувати ранніх педагогічних втручань в класі, скерованих на дитину та членів групи його первинної підтримки, потребувати спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги [15].

**Табл.1. Варіанти неадаптивної поведінки дітей шкільного віку при екстерналізованих поведінкових розладах**

<b>Екстерналізовані розлади</b>	<b>Неадаптивна поведінка у закладі освіти</b>
<b>Розлад дефіциту уваги / гіперактивності (РДУГ)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учень постійно вередує (стукає руками чи ногами, шумить, не може всидіти, регулярно встає з місця).</li> <li>2. Учень важко працювати над одним завданням протягом тривалого періоду часу і важко підтримувати висловлювання на тему під час обговорень у класі.</li> <li>3. Матеріали учнів неорганізовані, і учень регулярно забуває або втрачає завдання.</li> <li>4. Учень часто пропускає деталі в завданнях та інструкціях від педагогів та батьків</li> </ol>
<b>Кондуктивний розлад поведінки</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учень знущається, погрожує, вербально або фізично нападає на інших учнів, викладача, персонал (наприклад, кричить, лається, б'ється, б'є ногами меблі, плюється, кидає предмети).</li> <li>2. Учень навмисно знищує майно інших студентів та співробітників (наприклад, книги, олівці та комп'ютери).</li> <li>3. Учень залишає клас, уникає відвідування уроків або регулярно прогулює школу.</li> <li>4. Учень регулярно краде предмети у інших дітей, батьків і співробітників.</li> </ol>
<b>Опозиційно девіантний розлад</b>	<p style="text-align: center;">–</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учень легко дратується, проявляє вербальну агресію до інших учнів та співробітників школи (наприклад, кричить, лається, протестує)</li> <li>2. Учень часто сперечається з вчителями, працівниками школи чи будь-якими авторитетними особами, коли до нього чи неї висуваються вимоги.</li> <li>3. Учень відмовляється виконувати будь-які вказівки вчителя, шкільного персоналу чи інших авторитетних осіб.</li> <li>4. Учень регулярно заважає іншим дітям слухати або працювати на уроці (наприклад, шумить, вигукує, кидати олівці чи папірці).</li> </ol>



**Табл.2. Варіанти неадаптивної поведінки дітей шкільного віку при інтерналізованих поведінкових розладах**

<p><b>Розлади, пов'язані з тривожністю</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. У учня різко зменшується виконання шкільних і домашніх завдань.</li> <li>2. Учень легко дратується, що може призвести до крику чи бійки з персоналом та однолітками.</li> <li>3. Учень постійно втомлюється, скаржиться на втому або засинає на уроці.</li> <li>4. Учень регулярно негативно ставить до себе (наприклад, «Я погана дитина», «Мене всі ненавидять», «Мені ніхто не вірить, я просто все зіпсую»).</li> </ol>
<p><b>Афективні розлади</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Учень раптово припиняє поточну шкільну діяльність (наприклад, учнівське самоврядування, шкільні спортивні заняття чи шкільні клуби), в якій він колись активно брав участь.</li> <li>2. Учень має проблеми із виконанням шкільних завдань і постійно починає роботу заново або має проблеми з початком роботи.</li> <li>3. Учень демонструє різке зниження або збільшення ваги за короткий проміжок часу.</li> <li>4. Учень постійно втомлюється, скаржиться на втому або засинає на уроці.</li> <li>5. Здатність учня копіювати нотатки, писати під час виконання завдань або виконувати класні завдання різко зменшилася.</li> <li>6. Учень демонструє раптову зміну ставлення, стає надмірно балакучим, з натхненням виконує шкільні завдання протягом 2–3 шкільних днів.</li> <li>7. Учень стає дезорганізованим, втрачає підручники, зошити, намагається залишатися на темі під час обговорень у класі.</li> </ol>

## Висновки

Вирішення проблем психічного здоров'я учнів загальноосвітніх шкіл є складною, багатовимірною проблемою.

Обізнаність вчителів щодо поведінки, пов'язаної з розладами психічного здоров'я, є важливою, оскільки вони знаходяться в унікальному становищі щоденного спостереження за поведінкою учнів. Оскільки викладачі є першою лінією підтримки для більшості учнів у закладах освіти, їм важливо набути навички визначення ознак інтерналізації та екстерналізації неадаптивної поведінки, які можуть сигналізувати про те, що учень бореться з проблемою психічного здоров'я.

Перший крок допомоги є усвідомлення, а другий – доведення проблем до відповідного шкільного персоналу, який може надати допомогу, до батьків дитини. Педагоги повинні переглянути свою готовність проводити первинну профілактику, визначати особливі освітні проблеми, пов'язані з розладами психіки у учнів, проводити ранні втручання. Допоки не існує вичерпного звіту з описом обсягу послуг, доступних для учнів з проблемами психічного здоров'я в школах.

## Список використаної літератури

1. **Furlong, M. J., Morrison, G. M., & Jimerson, S. R. (2004).** Externalizing behaviors of aggression and violence and the school context. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 243–261). New York, NY: Guilford.
2. **Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018).** Practitioner review: definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 721-739.
3. **Veenstra, L., Bushman, B. J., & Koole, S. L. (2018).** The facts on the furious: a brief review of the psychology of trait anger. *Current Opinion in Psychology*, 19, 98-103.
4. **Kassinove, H. (2014).** *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment.* Taylor & Francis, 160 p.
5. **Ramirez, J. M., & Andreu, J. M. (2006).** Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) Some comments from a research project. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 30(3), 276-291.

6. **Nordstrom, K., Zun, L. S., Wilson, M. P., Stiebel, V., Ng, A. T., Bregman, B., & Anderson, E. L. (2012).** Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 3.
  
7. **San, L., Marksteiner, J., Zwanzger, P., Figuero, M. A., Romero, F. T., Kyropoulos, G., ... & Boldeanu, A. (2016).** State of acute agitation at psychiatric emergencies in Europe: the STAGE study. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 12, 75.
  
8. **Martinelli, A., Ackermann, K., Bernhard, A., Freitag, C. M., & Schwenck, C. (2018).** Hostile attribution bias and aggression in children and adolescents: A systematic literature review on the influence of aggression subtype and gender. *Aggression and violent behavior*, 39, 25-32.
  
9. **Van Lieshout, M., Luman, M., Schweren, L. J. S., Twisk, J. W. R., Faraone, S. V., Heslenfeld, D. J., ... & Oosterlaan, J. (2019).** The course of neurocognitive functioning and prediction of behavioral outcome of ADHD affected and unaffected siblings. *Journal of abnormal child psychology*, 47(3), 405-419.
  
10. **Johnson, C., Eva, A. L., Johnson, L., & Walker, B. (2011).** Don't turn away: Empowering teachers to support students' mental health. *Clearing House*, 84, 9–14.
  
11. **Kauffman, J. M., & Landrum, T. L. (2013).** *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children and youth* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
  
12. **Gresham, F. M., & Kern, L. (2004).** Internalizing behavior problems in children and adolescents. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 262–281). New York, NY: Guilford.
  
13. **Anthony, B. J., Anthony, L. G., Morrel, T. M., & Acosta, M. (2005).** Evidence for social and behavior problems in low-income, urban preschoolers: Effects of site, classroom, and teacher. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 31–39.
  
14. **Polsgrove, L., & Smith, S. W. (2004).** Informed practice in teaching self-control to children with emotional and behavioral disorders. In R. B. Rutherford, M. M. Quinn, & S. R. Mathur (Eds.), *Handbook of research in emotional and behavioral disorders* (pp. 399–425). New York, NY: Guilford.