

Инструментарий

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАБЛИЦА ДЕТСКОЙ НЕРВНОСТИ

А.В. Шувалов,
Ю.В. Постникова

В статье даны описания основных синдромов детской нервности и рекомендации по оказанию комплексной психолого-педагогической и медицинской помощи. Материал может заинтересовать педагогов-психологов, учителей начальных классов и методистов.

• детская нервность • проблемы поведения • трудности обучения • комплексная помощь

Детская нервность — явление насколько распространённое, настолько сложное и многообразное в своих причинах и проявлениях. Она становится источником непрекращающихся трудностей в общении, проблем в поведении и обучении и накладывает «тень» на жизнь ребёнка. Зачисление в разряд «трудных» и неуспевающих не сулит снисхождений. Ребёнок со своей и без того пластичной и уязвимой натурой может оказаться в эпицентре конфликтов, стать мишенью для критики и объектом для наказаний. А вечно спешащие и без того озабоченные взрослые, пере-

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

пробовав известные им воспитательные меры и отчаявшись в поиске простых решений, идут за советом к педагогу-психологу. Часто к этому моменту проблема, воспринимаемая только как непослушание и упрямство ребёнка, уже сдобрена накопившимся родительским и (или) учительским раздражением, растерянностью и разочарованием. Чтобы

грамотно ответить на вопрос «Что делать?», помочь взрослым обеспечить психологически адекватные условия развития и образования ребёнка, необходимо ориентироваться в неоднородной картине детской нервности. Её специфические формы мы представили в виде диагностической таблицы и дополнили алгоритмом беседы с родителями и учителями.

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
Психический инфантилизм (психофизическая незрелость, которая при неправильном воспитании приводит к задержке возрастной социализации)	В основе синдрома — недоразвитие эмоционально-волевой сферы и высших ориентационных функций (качеств «истинного ума»), связанное с задержкой развития лобных долей головного мозга. Возникает под воздействием врождённых конституционально-генетических и эндокринно-гормональных факторов, гипоксии или инфекционно-токсических вредностей в период беременности, асфиксии в родах, тяжёлых инфекционных болезней в первые месяцы жизни. Закрепляется и прогрессирует при эгоцентрическом или тревожно-мнительном стилях воспи-	Главный признак — поведение и суждения ребёнка соответствуют более раннему возрасту. Описаны три варианта синдрома: 1. Истинный, или простой, инфантилизм: наивность, неприкосновенность, уязвимость, жизнерадостность и доброжелательность, в сочетании с безмятежностью, неосмотрительностью и неосторожностью. Трудности усвоения норм поведения и общения, выраженное преобладание «хочу» над «нельзя» и «надо». Страдает способность верно оценивать ситуации, предвидеть последствия своих действий, прогнозировать ход развития событий. Богатая природная эмоциональность отличается поверхностностью, не достигая уровня зрелых чувств. В ответ на замечания старших наблюдается «психологическая глухота». В учебной деятельности страдают целенаправленность, планирование и контроль выполнения заданий.	Консультации у невролога, эндокринолога и нейропсихолога. Лечение, направленное на укрепление и стимуляцию развития нервно-психической сферы: апилак, экстракт элеутерококка, настой крапивы (дозы и сроки приёма по указаниям лечащего врача). Рекомендуются солнечные ванны и купания в морской воде, соблюдение режима сна и бодрствования, питания, в школьный период — занятий и отдыха. Показана нейропсихологическая коррекция. В воспитании главный акцент делается на социализации ребёнка. Прививаются понятия «можно», «нельзя», «надо», «хорошо» и «плохо». Родителям необходимо терпеливо, опираясь на игровые формы, обучать ребёнка жизненным навыкам, моделировать ситуации преодоления посильных трудностей, культиви-

Инструментарий

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
	<p>тания (изнеживание и гиперопека, искусственное отгораживание ребёнка от естественных жизненных трудностей)</p>	<p>При столкновении со школьной средой есть риск возникновения истерического невроза.</p> <p>2. Общая психофизическая незрелость по инфантильному типу, гармонический инфантилизм: отставание не только психического, но и физического развития. Ребёнок выглядит младше своего возраста: миниатюрен, хрупок, слаб, но при этом подвижен, грациозен и ловок. Чаще ласков и послушен. Спокойно принимает себя таким, какой он есть. Поэтому невроз маловероятен.</p> <p>3. «Воспитанный инфантилизм» целиком обусловлен влиянием микросоциальных факторов: инфантилизация в воспитании, искусственная задержка возрастной социализации, закрепление неприспособленности к жизни. Ребёнок растёт эгоистичным, капризным, требовательным к окружению, но не к самому себе, что является предпосылкой формирования истерических черт характера.</p> <p>В отличие от пограничной задержки психического развития при психическом инфантилизме познавательная активность, параметры психоречевого и психомоторного развития соответствуют возрастным нормативам</p>	<p>ровать самостоятельность и положительно подкреплять успехи. Поощрять общение со сверстниками (а не с младшими детьми). Специально рассматривается вопрос о готовности ребёнка к школе и сроке начала обучения</p>
<p>Задержка психического развития (пограничная)</p>	<p>В основе синдрома — задержка темпа психического развития и</p>	<p>Проявляется в пограничной интеллектуальной недостаточности, при общей сохранности высших психических функций.</p>	<p>Консультация у клинического психолога, невролога или детского психиатра.</p>

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
умственная отсталость)	<p>неравномерное недоразвитие интеллекта. обусловлены неблагоприятным течением беременности с длительным кислородным голоданием плода и задержкой внутриутробного развития, асфиксией при родах, родовой травмой, инфекционными, наследственными заболеваниями ЦНС, дефектами органов чувств (слепота, глухота), тяжёлыми соматическими заболеваниями и интоксикацией в раннем возрасте. Могут быть связаны с сенсорной и эмоциональной депривацией (феномен госпитализма), неправильным воспитанием (безнадзорность и крайняя степень педагогической запущенности)</p>	<p>В наибольшей степени страдают предпосылки интеллекта: рассеянное и неустойчивое внимание, недостаточность произвольной памяти, слабая психическая активность, быстрая истощаемость при умственной нагрузке.</p> <p>Наблюдается низкая познавательная мотивация, слабая произвольность в учебной деятельности, но при этом, в отличие от олигофрении, сохраняется способность к обучению. Такие дети отличаются ограниченностью и фрагментарностью представлений об окружающем мире, наивностью, внушаемостью и повышенной зависимостью от других людей. Они предпочитают ручной труд и механические, наглядные, конкретные виды деятельности, в которых легче добиваются успеха</p>	<p>Лечение, направленное на укрепление и стимуляцию развития нервно-психической сферы: апилак, экстракт элеутерококка, настой двудомной крапивы, витамины группы «В» (особенно В6), улучшающие кровоснабжение головного мозга препараты (дозы и сроки приёма по указаниям лечащего врача). В рационе питания необходимы мёд, лимон, морковь, чеснок, лесная земляника и черника (если нет аллергических реакций). Массаж спины. Горячие ножные ванны с чайной ложкой сухой горчицы.</p> <p>В воспитании необходимо учить ребёнка думать, с акцентом на развитии любознательности, внимательности и ориентировочных функций (способностей видеть, наблюдать и понимать), поощрять трудолюбие и самостоятельность, формировать привычку завершать начатые дела.</p> <p>Психолого-педагогическая коррекция направлена на интенсивную и кропотливую тренировку обучаемости: сначала ребёнок выполняет задание вместе со взрослым, вникает в логику (принцип) решения задачи, потом пытается самостоятельно применить полученный опыт. Коррекционный эффект зависит от своевременности выявления отставания в развитии и начала занятий по его преодолению.</p>

Инструментарий

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
			Специально рассматриваются вопросы о сроках и программе обучения в школе
Гипердинамический синдром (синдром дефицита внимания с гиперактивностью)	В основе синдрома — минимальная мозговая дисфункция, связанная с микроорганическими поражениями коры и подкорковых структур головного мозга и перевозбуждённым состоянием ретикулярной формации. Возникает вследствие токсикоза беременности, внутриутробного кислородного голодания, резус-конфликта крови матери и плода, асфиксии, родовой травмы, нейроинфекции, тяжёлых заболеваний в грудном и раннем возрасте	Проявляется с самого раннего возраста в беспокойстве, двигательной расторможенности и отвлекаемости внимания, склонности к перевозбуждению и импульсивности; позднее — в поверхностности интересов и непредсказуемости поступков. При более грубом поражении головного мозга возможна агрессивность. Таким детям больше всех грозит неприятие со стороны окружающих, что может спровоцировать у них ожесточение, протестное поведение и агрессивные реакции. Часто отмечается дизартрия и дизграфия. Пик проявления синдрома 6–7 лет с обратным развитием в благоприятных условиях к 14–15 годам. При неправильном воспитании есть риск патологического развития личности («нажитой» психопатии). При неблагоприятном течении ухудшение ситуации приходится на 11–13 лет	Консультация у невролога. Комплексное биологическое лечение: дегидратация, витаминотерапия, применение психостимуляторов, улучшающих обмен веществ в мозговой ткани, насыщающих мозг кислородом и повышающих его энергетику (дозы и сроки приёма по указаниям лечащего врача). Родителям и педагогам следует направлять и организовывать двигательную активность ребёнка, придавать ей цель и смысл, тренировать произвольное внимание, усидчивость и самоконтроль, прививать дисциплинарные нормы и правила поведения, привычку соблюдать распорядок дня и доводить начатое дело до конца. Рекомендуются игры со сверстниками, которые имеют ясную цель, чёткие условия и подчинены общему плану. Физическая активность и занятия спортом дадут возможность расходовать избыточную энергию. В воспитании необходимо определиться с приоритетами, отказаться от завышенных требований и сверхожиданий, быть терпеливыми, последовательными и непременно подмечать и поощрять личные достижения и успехи ребёнка

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
Гиподинамический синдром	В основе синдрома — инертность психических процессов, обусловленная повреждением подкорковых структур: ретикулярная формация оказывает недостаточную стимуляцию активности головного мозга. Источники те же, что и при гипердинамическом синдроме	<p>Проявляется в выраженной заторможенности и вялости. Мышцы гипотонические, ослабленные. Ребёнок неловок, неповоротлив, малоэмоционален, интеллектуально пассивен: его трудно чем-то заинтересовать или быстро переключить на новый вид деятельности.</p> <p>В результате своевременных и продуманных воспитательных воздействий к 10–13 годам у ребёнка включается самостимуляция. Вследствие перенапряжения, постоянной критики и насмешек может развиваться неврастения</p>	Консультация у невролога. Комплексное биологическое лечение. Ребёнка необходимо терпеливо побуждать к двигательной и познавательной активности, ободрять и тактично вовлекать в спортивные и занимательные игры, стимулирующие развитие интереса, ловкости и быстроты реакции. Рекомендуются туристические прогулки, экскурсии, катание на велосипеде и т.п. Диета поможет справиться с лишним весом
Невропатия (врождённая детская нервность)	В основе синдрома — нарушения функционирования гипоталамического отдела головного мозга, который регулирует жизнедеятельность организма. Обусловлены отклонениями внутриутробного развития: токсикозы второй половины беременности, заболевания, стрессы и тяжёлые эмоциональные переживания будущей матери, угроза самопроизвольного прерывания беременности, гипоксия, асфиксия в родах.	<p>Различают два типа невропатии: возбудимый (двигательная расторможенность, подвижность, импульсивность, вспыльчивость, эгоистичность, неутомимость) и астенический (впечатлительность, ранимость, обидчивость, плаксивость, истощаемость). Часто встречаются смешанные варианты.</p> <p>Для страдающего невропатией ребёнка характерны физический инфантилизм, соматическая ослабленность, склонность к аллергическим реакциям, недоразвитие ряда систем и функций организма, наличие экссудативно-катарального диатеза и вегетососудистой дистонии. Могут наблюдаться:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Нарушения сна: чуткость и беспокойность. 2. Нарушения вскармливания: отказ от груди с 1,5 месяцев, агрессивность (кусают грудь), 	<p>Консультация у невролога. По рекомендации врача: фитотерапия, релаксационный массаж, ванночки для ног с морской солью. Диета, ограничивающая потребление какао, шоколада, мяса, жареных, острых и пряных блюд.</p> <p>Родителям и педагогам следует направлять и организовывать двигательную активность ребёнка, придавать ей цель и смысл, тренировать произвольное внимание, усидчивость и самоконтроль, прививать дисциплинарные нормы и правила поведения, привычку соблюдать распорядок дня и доводить начатое дело до конца. Рекомендуются игры со сверстниками, которые имеют ясную цель, чёткие условия и подчинены общему плану. Физическая ак-</p>

Инструментарий

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
		<p>усталость при кормлении, срыгивания, рвота. Плохой аппетит сохраняется до 7–8 лет.</p> <p>3. Нарушения мочеиспускания и дефекации (учащённость или задержанность, ночной энурез, запоры).</p> <p>4. Контрастность поведения: сочетания робости, боязливости и бесстрашия, отчаянной неосмотрительности, ранимости и конфликтности, вредности и бесхитростности, застенчивости и назойливости, истощаемости и сенсорного голода.</p> <p>5. Эмоциональная нестабильность: переменчивость настроения.</p> <p>6. Чрезвычайная подвижность.</p> <p>7. Ускоренное психоречевое развитие и формирование ориентировочных функций.</p> <p>8. перевозбудимость вегетативной нервной системы, аллергическая предрасположенность и метеозависимость.</p> <p>9. Сверхчувствительность («принцесса на горошине») и повышенная раздражительность.</p> <p>10. Нарушение терморегуляции: у возбудимых — повышенная, у астеничных — пониженная температура тела.</p> <p>11. Предрасположенность к вредным привычкам.</p> <p>Возможны аффективно-респираторные приступы.</p> <p>В благоприятной обстановке состояние улучшается и нормализуется к 8–11 годам. При неблагоприятных микросоциальных условиях высокий риск невротизации</p>	<p>тивность и занятия спортом дадут возможность расходовать избыточную энергию. В воспитании необходимо определиться с приоритетами, отказаться от завышенных требований и сверхожиданий, быть терпеливыми, последовательными и непременно подмечать и поощрять личные достижения и успехи ребёнка</p>

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
<p>Психогения (функциональные нервно-психические расстройства, при которых отсутствуют морфологические изменения в веществе головного мозга, его ликворных пространствах, оболочках и сосудах)</p>	<p>В основе синдрома — нарушения специфически человеческих, субъективных, рассудочных форм деятельности.</p> <p>Возникают:</p> <p>1) в результате переживания сверхострых психических травм;</p> <p>2) под влиянием относительно слабых, но постоянно действующих психотравмирующих социо-культурных факторов, порождающих внутренние конфликты (например, неблагоприятно складывающиеся взаимоотношения в семье, подавление природного темперамента ребёнка неправильным воспитанием, неудачи, вызывающие насмешки и пренебрежение со стороны окружающих);</p> <p>3) вследствие длительного нервного перенапряжения, истощающего психику (например, школьный невроз, обусловленный преждевременным началом обучения)</p>	<p>Различают два типа психогений:</p> <p>1. Психореактивные состояния — срывы в функционировании коры головного мозга вследствие перенапряжения раздражительного и тормозного процессов. Развиваются в ответ на сильный эмоциональный стресс, связанный с непосредственным действием психогенного «удара», вызывающего шок, страх, тревогу, разочарование, обиду, гнев, подавленность и тоску. Протекают по древним механизмам «двигательной бури» или «мнимой смерти», сопровождаются временным регрессом психики. Предрасполагающими факторами являются психопатические черты характера, соматические заболевания, инфекции, интоксикации, авитаминоз, черепно-мозговые травмы, вегетативная дистония, длительная бессонница.</p> <p>Отличительные критерии: определяющая роль психотравмирующего фактора в возникновении, картине и течении болезненного состояния; психологически понятная связь между психотравмирующей ситуацией и содержанием реакции; принципиальная обратимость расстройства.</p> <p>2. Неврозы — нарушения интеграции в психической сфере, функциональная дезорганизация личности. Возникают в результате противоречий в особо значимых жизненных отношениях. Определяющую роль в клинической картине играет</p>	<p>Консультация у детского психиатра.</p> <p>Медикаментозное лечение: транквилизаторы, антидепрессанты, снотворные, психовегетативные препараты (состав препаратов, дозы и сроки приёма по указаниям лечащего врача).</p> <p>Психокоррекция направлена на вскрытие источников психотравмирующих переживаний, выявление неосознаваемых установок и внутреннего конфликта, отреагирование аффектов, формирование и подкрепление конкурирующих здоровых убеждений, помощь в достижении успехов в общении, игре и учёбе, культивирование уверенности в себе, устранение чувства страха, несостоятельности и тревожного эгоцентризма.</p> <p>Наиболее адекватными средствами психологической помощи ребёнку являются доверительная и воодушевляющая беседа, игровые методы (например, ребёнок рисует и символически уничтожает предмет своих страхов или обыгрывает вместе со взрослым пугающие и травмирующие ситуации) и умственное воспитание (объяснение того, что вызывает сомнения, опасения и страх).</p>

Инструментарий

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
		<p>внутренний конфликт (столкновение позиций сознания и неосознаваемых установок, борьба социальных установок и темперамента, противостояние притязаний и неосознаваемой самооценки), порождающий тревогу, пессимизм, эмоциональную нестабильность и контрастность поведения, заостряющий инстинкт самосохранения до степени болезненного эгоцентризма и страха.</p> <p>Типы невротических конфликтов:</p> <p>Неврастенический конфликт: субъективные притязания («могу», «хочу») и социальные требования («надо») против подсознательной самооценки («не сумею», «не получится»); проблема «быть среди других».</p> <p>Истерический конфликт: эгоистическое желание («хочу» или «не хочу») против социальных требований («нельзя» или «надо») и оценок («стыдно», «некрасиво»); проблема «быть собой среди других» с акцентом на «быть собой».</p> <p>Обсессивно-психастенический конфликт: субъективное («хочу» или «должен») против субъективного («неприлично» или «опасно» и поэтому — «не надо»); проблема «быть собой».</p> <p>Фобический конфликт: субъективное («хочу») и социальное («надо») против подсознательного («опасно» и «страшно»); проблема «быть».</p>	<p>Необходимыми условиями являются инструктирование родителей и педагогов, нормализация родительно-детских отношений</p>

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
		<p>При неврастении ребёнок испытывает чувство неприятия себя, недоверия к своим способностям и возможностям, что порождает нерешительность, подавленность, беспомощность и замкнутость. В приспособлении к требованиям действительности доминируют установки: «я — слабый и ничего не могу», «я — болен и имею право на снисхождение, поэтому оставьте меня в покое». Неуверенность в себе, робость и низкая самооценка, вызывающие чувства стыда и вины, парализуют и изматывают ребёнка: он быстро утомляется, становится пассивным, капризничает перед трудностями и не пытается их преодолеть. Проявляется раздражительная слабость — чрезмерное реагирование по малозначительным поводам, ранимость, несдержанность эмоций, нетерпеливость, суетность, повышенная возбудимость и быстрая истощаемость.</p> <p>При истерическом неврозе доминирует установка «всё равно будет по-моему». Средством освобождения или достижения желаемого является мнимая болезнь. Приспособление происходит путём воздействия неосознаваемой сферы психики на физиологические функции организма с воссозданием симптомов того или иного заболевания. Истерические реакции всегда на кого-то рассчитаны. При этом сам ребёнок бывает искренне убеждён, что он тяжело и хронически болен.</p>	

Инструментарий

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
		<p>Обсессивный невроз (невроз навязчивых состояний, которые не подчиняются волевому регулированию) начинается с тревожной мнительности, склонности к навязчивым переживаниям: страх болезни, смерти, ошибки и несчастного случая.</p> <p>Обостряется инстинкт самосохранения, всё новое и неизвестное вызывает беспокойство и опасения. Приспособление к жизни происходит в форме стремления к сверхбезопасности и сверхконтролю.</p> <p>Проявляется в выработке навязчивых ритуальных действий, которые имеют символически-защитный характер: предохраняют от возможных и мнимых угроз или являются неосознаваемым способом самонаказания за допущенную ошибку. Такие дети выделяются своей гиперсоциальностью: они дисциплинированы, педантично обязательны, тревожно осмотрительны.</p> <p>К фобическому неврозу предрасположены дети со сниженным уровнем ориентации в окружающем мире, повышенной впечатлительностью и внушаемостью. Сильный испуг, воспринятый ребёнком как прямая угроза жизни, провоцирует болезненное обострение инстинкта самосохранения, вызывает панические состояния и реакции</p>	

ПЕД диагностика
ПЕД диагностика

Синдром	Этиогенетический аспект	Клинический аспект	Рекомендации по оказанию комплексной помощи
<p>Вредные привычки (привычка сосать пальцы, одежду, постельное бельё, грызть ногти и кожу пальцев, тербить мочку уха, вертеть и выдёргивать волосы, качать головой, ёрзать на стуле, мастурбировать)</p>	<p>Возникают в раннем возрасте и связаны с</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) задержкой созревания тех или иных функциональных систем детского организма; 2) минимальной мозговой дисфункцией и повышенным внутричерепным давлением у ребёнка; 3) врождённой детской нервностью и невротизацией; 4) неправильным родительским отношением и уходом за ребёнком: жёсткое воспитание по гиперсоциальному типу или по типу неприятия; тревожно-мнительное воспитание; сенсорной и эмоциональной депривацией; социальной депривацией и педагогическая запущенность (недостатки воспитания в части привития культурных навыков) 	<p>В зависимости от порождающих их причин, вредные привычки представляют собой</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) самостимуляцию, вынужденную замену необходимых организму ритмических движений, способствующих дозреванию и синхронизации биоритмов мозга; 2) компенсацию недостатка материнского внимания, понимания, заботы и ласки; 3) компенсацию недостатка впечатлений; 4) выражение тревоги, страха, неуверенности в себе, внутреннего психического перенапряжения и ритуал самоуспокоения, самоутешения, самоободрения; 5) выражение чувства вина и ритуал самонаказания. <p>Закрепившись, вредные привычки начинают отвлекать ребёнка от процесса познания и угрожают инфантилизацией</p>	<p>Консультация у невролога или детского психиатра. Медикаментозное лечение, направленное на устранение биологических предпосылок (по указанию врача). Вредную привычку устраняют терпеливо, затрачивая на это столько же времени, сколько она закреплялась. Не следует акцентировать воспитательные усилия на борьбе с вредной привычкой. Вместо критики, требований отказаться от навязчивых действий и наказаний за них (которые только усугубят положение), родителям, прежде всего, необходимо восстановить полноценное внимание к ребёнку, позаботиться о его душевном комфорте. Следует проводить вместе больше времени, играя, занимая и воодушевляя его. Пусть ребёнок постоянно будет занят чем-то интересным и полезным для него. Рекомендуются танцы, прыжки со скакалкой, занятия спортом и подвижные игры с другими детьми. Нужно следить за гигиеной тела, коротко обрезать ногти, собирать и укладывать волосы. Воспитывать у ребёнка оптимизм и уверенность в себе. Прививать «полезные привычки» — социально желательные навыки аккуратности, организованности и самоконтроля</p>

План-схема беседы педагога-психолога с родителями и учителями начальной школы

1. Объяснить родителям, что
 - на психологическое состояние и поведение ребёнка накладывает отпечаток синдром ранней детской нервности;
 - детская нервность не относится к тотальным психическим патологиям и потенциально обратима (!);
 - особенности поведения и нервность, по сути, являются внешними и чуждыми по отношению к «Я» ребёнка, но при неправильном отношении и воспитании могут отрицательно повлиять на развитие его личности;
 - преодоление проблемы детской нервности — это длительный процесс, который требует от старших членов семьи терпения, чуткости и кропотливой работы.
2. Убедиться в том, что ребёнок наблюдается у врача и получает необходимую медикаментозную помощь. В противном случае аргументированно рекомендовать консультацию профильного специалиста, т.к. без своевременного врачебного участия детская нервность может стать предпосылкой хро-

нических нарушений физического и душевного здоровья.

3. Проанализировав стиль родительского (семейного) воспитания, помочь привести его в соответствие особенностям и возможностям ребёнка и оптимизировать родительско-детские отношения.
4. Дать общие психолого-профилактические рекомендации.
5. Для дошкольников — определить оптимальные сроки начала обучения в школе. Дать прогноз развития в ближайшем будущем, рассказать о рисках, инструктировать родителей о способах и средствах предупреждения и преодоления возможных поведенческих и школьных проблем.
6. Обсудить с учительницей природу (источники) особенного поведения ученика и необходимость адекватного педагогического подхода к нему: предъявлять ясные и конкретные требования, быть гибкой, терпимой и терпеливой, заботиться о мотивации учебной деятельности, используя тактику позитивного подкрепления, положительно оценивать старание.
7. Помочь в организации согласованных учебно-воспитательных действий учителя и семьи.

Инструментарий