**Ребёнок с минимальными мозговыми дисфункциями как проблема начального образования.**

Общеизвестно, что незрелый, развивающийся организм наиболее чувствителен к различным вредным воздействиям и менее всего способен противостоять им. Поэтому именно дети, начиная с внутриутробного существования и включая первые годы жизни, получают много травм, нарушающих их развитие. Ничто не проходит бесследно. И если физическое развитие и общая жизнедеятельность ребёнка достаточно быстро нормализуются, то нарушения и отклонения в работе мозга остаются ещё надолго. Они менее очевидны (некоторые с трудом диагностируются), почти не осложняют повседневную, бытовую жизнь ребёнка, имеют относительно обратимый характер и поэтому относятся к разряду лёгких нарушений под общим названием **МИНИМАЛЬНЫЕ МОЗГОВЫЕ ДИСФУНКЦИИ (ММД).** Сегодня именно эти нарушения становятся массовыми. По стране детей с отклонениями в созревании и функционировании нервной системы наблюдается от 35% до 80%. Следует признать, что это не только проблема нашей страны. Развитые страны столкнулись с этой проблемой на десятилетия раньше нас и тоже не сразу сумели оценить ситуацию.

 Дело в том, что серьёзные нарушения в созревании и развитии мозга, а также причины, приводящие к этому хорошо известны. А лёгкие отклонения (ММД) – до недавнего времени не воспринимались как острая проблема. Проблема воспитания и обучения ребёнка с ММД относится к разряду пограничных медико-социальных проблем требующих комплексного подхода и решения. Невозможно перечислить все причины, по которым рост и созревание мозга могут быть нарушены. ***ММД – это наиболее легкие*** ***формы церебральной патологии***, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющих однотипную невыраженную стёртую неврологическую симптоматику и специфические отклонения в поведении (двигательную расторможенность, неуправляемость, невнимательность).

В невропатологии ММД не выступает в качестве серьёзного дефекта Детей с лёгкими функциональными отклонениями уже в возрасте одного – двух лет снимают с диспансерного учёта, и, если родители не проявляют беспокойства, врачи больше такими больными не занимаются. Ребёнок взрослеет, а дефект остаётся, постепенно обрастая вторичными отклонениями в психическом развитии. С началом обучения в школе этот процесс может пойти лавинообразно. В итоге ребёнок попадает или к дефектологу или к психиатру или к обоим специалистам одновременно. ММД не является препятствием для обучения в школе, но и в гимназии, а впоследствии и в ВУЗе. В этих случаях требуется соблюдение определённого режима труда и отдыха и проведение с ребёнком системы специальных коррекционно – развивающих занятий. В результате растущий мозг оказывается в состоянии постепенно выйти на нормальный уровень функционирования. У большинства детей с ММД при соответствующем образе жизни и режиме обучения к 5–6 классу работа мозга полностью нормализуется. Однако при резком возрастании учебной нагрузки или после тяжёлых заболеваний отдельные симптомы ММД (повышенная умственная утомляемость, расстройство внимания и самоуправления) могут появляться у детей и в старших классах, хотя проводившиеся ранее неврологические обследования свидетельствовали о полном излечении. Но возобновившиеся ММД после восстановления здоровья и нормализации образа жизни исчезают сами.

 Ребёнка, имеющего лёгкие функциональные нарушения в работе мозга (ММД) отличает от нормально развивающихся детей следующее:

-быстрая умственная утомляемость и сниженная работоспособность (при этом общее физическое утомление может отсутствовать);

-резко сниженные возможности самоуправления и произвольной регуляции в любых видах деятельности (невозможность сдержать обещание составить план и следовать ему и пр.);

-существенная зависимость деятельности ( особенно умственной) от характера внешней социальной активации (от вялости ,сонливости в одиночестве до двигательной расторможенности хаотичности, полной дезорганизации деятельности в многолюдной шумной обстановке);

 -трудности перехода информации из кратковременной памяти в долговременную;

-неполная сформированность зрительно – моторной координации (дети допускают разнообразные ошибки и неточности при списывании и срисовывании (не замечают несоответствий даже при последующем сравнении);

-значительные сложности в формировании произвольного внимания (неустойчивость, отвлекаемость, трудности концентрации, отсутствие распределения, проблемы с переключением);

-снижение объёма оперативной памяти, внимания, мышления (ребёнок удерживает в уме и оперирует довольно ограниченным объёмом информации);

-изменение временной протяжённости рабочих и релаксационных циклов деятельности мозга;

-двигательная гиперактивность, особенно у мальчиков;

-склонность к зависимым формам поведения, подверженность чужому влиянию, отсутствие интересов, безответственность.

**Существуют два типа проявлений ММД:**

 **гиперактивный и гипоактивный.**

 ***При гиперактивном типе ММД страдают:***

1. Зрительно-моторная координация.

Часто ребёнок с трудом сохраняет равновесие, стоя на одной ноге, спотыкается при беге и прыжках.

1. Многим детям свойственны нарушения сна ( плохо засыпает, спит беспокойно).
2. Неспособность к сосредоточению
3. Таким детям плохо удается концентрировать внимание. Они постоянно переходят от одного действия к другому, бросают начатое, выполняют задания лишь частично. Это приводит к ошибкам и неудачным ответам. Его отвлекают любые звуки, движения. Дети легко и много обещают и не выполняют даже трети обещанного; некритичны к себе; им кажется, что выполненные им задания просто безупречны. Замечания окружающих они не воспринимают. Даже если удаётся добиться от ребёнка признания своих ошибок, оно бывает кратковременным и через 5 минут ребёнок готов совершать ту же самую ошибку, которую только что признавал.
4. Трудности переключения

Несмотря на то, что дети с ММД не умеют сосредоточится на заданной работе, они с головой могут погружаться в то, что вызывает их интерес. Обычно это бывают игры, занятия с конструктором, компьютером. Поэтому родители не верят, что ребёнок не может сосредоточиться и нуждается в лечении.

1. Нарушение восприятия
2. Ребёнок с ММД часто не может правильно понять и использовать информацию, полученную от окружающих. У них возникают забавные нелепицы в речи, искажения различных слов и фраз. Это приводит к неуспеваемости в школе. Они плохо различают сходства и различия, углы и формы, звуки и буквы в словах ( в речи и на письме).
3. Дезорганизованность

Для детей с ММД характерна неразвитость умения организовывать и планировать свою деятельность. Они не чувствуют времени и не умеют правильно распределять его. Поэтому ребёнок не успевает выполнить на уроке задание, на выполнение которого у других ушло 20 минут. При этом существуют отдельные дни, когда дезорганизованность детей с ММД усиливается и они не могут сделать даже того, что обычно не вызывает у них затруднений.

 Бывают дни, когда дети становятся совсем неуправляемыми. У них резко падает работоспособность и они не могут усвоить даже простых вещей.

***Гипоактивный тип***

Память у этих детей обычно бывает в норме. Устойчивость и концентрация внимания могут быть средними. Обычно эти дети характеризуются замедленностью действий, речи, движений.

Гипоактивный ребёнок часто « отсутствует» на уроке: то ли в окно смотрит, то ли думает о чём-то своём. Такие дети сидят за партой тихо, чтобы их не вызвали. Они редко участвует в общем разговоре. Медлительность таких детей вызывает раздражение у взрослых. Они стараются подгонять ребёнка, но в такой ситуации он теряется ещё больше и ещё хуже справляется с заданием.

Дети гипоактивного типа ММД долго «включаются" в работу. Им требуется время, чтобы настроиться, собраться с мыслями, в связи с чем количество ошибок у них больше в начале работы, чем в конце. Дети долго не могут сообразить, что от них требуется, медленно переключаются с одного вида работ на другой. Особенно трудны для выполнения задания , ограниченные во времени. Такие задания вызывают у детей просто панику. Неуспешны они и в творческих заданиях. Такие дети неловки в движениях, малоподвижны, плохо выполняют физкультурные упражнения. Задержка развития мышечной координации приводит к тому, что ребёнку трудно справляться с самостоятельным одеванием, раскрашиванием, рисованием, ручным трудом, письмом из-за нарушения тонкой моторики пальцев и общей неуклюжести.

В силу перечисленных обстоятельств ребёнок с ПШОП и ММД часто выходит с урока с «пустой» головой, учебный материал усвоен непрочно, состоит из обрывочных или искаженных сведений.

Дети неорганизованны в работе, поэтому их дневники часто исписаны замечаниями учителя:» забыл, не выучил, вертится, не слушает». При этом родители с досадой обнаруживают, что якобы забытая вещь лежит в портфеле. Почему же ребёнок не воспользовался для урока школьными принадлежностями? Причины до боли просты и неутешительны: Вот типичные варианты:

-забыл, что вещь с собой;

-не нашёл в портфеле;

-не стал искать;

-полез в портфель за нужной вещью, увидел другую, увлёкся и забыл, что искал;

-не слышал, что нужно достать;

-просто так;

Дети с ПШОП и МДД часто остаются без сведений о домашнем задании, т.к. они вообще не слышат когда и что задают, или слышат, но не записывают его.

Как известно, в норме мозг человека привыкает работать в «суточном» ритме, для которого характеры активность в течение дня и релаксация ночью. При накапливающемся утомлении (в результате болезни, усталости, монотонной работы) общий ритм функционирования мозга несколько меняется: рабочие циклы могут сокращаться до 30-40 минут и перемежаться 10-15 секундными релаксационными паузами, во время которых мозг, непроизвольно «отключившись», отдыхает, восстанавливает работоспособность. Каждый из нас может легко вспомнить подобные периоды непроизвольной релаксации. Например, читая книгу в состоянии переутомления, иногда мы замечаем, что отключились и не понимаем о чём идёт речь. Мы «поднимаемся» глазами выше по тексту и не узнаём прочитанного. Следовательно, в релаксационные периоды «внешняя» деятельность может продолжаться (ведь мы продолжали «читать») однако при этом она не осознаётся, её результаты не фиксируются нигде и не запоминаются.

При ММД дети страдают хронической энергетической недостаточностью поэтому их мозг постоянно функционирует в состоянии, близком к «переутомлению». В результате рабочие циклы мозга сокращаются до 3-5 минут и более. В течение урока такой ребёнок может несколько раз (до 4-5) отключиться, но в периоды релаксации «внешняя» деятельность не прерывается, а продолжает совершаться автоматически и не осознаётся.

В это время ребёнок не воспринимает, что ему говорят, хотя кажется внимательно слушающим. Своих «отключений» он не замечает и может не осознавать, пока у него не начнёт формироваться саморефлексия (период младшего подросткового возраста, 5-7 классы). Если в состоянии релаксации ребёнок продолжает писать, то результат его работы квалифицируется как дисграфия, т.к. прочесть написанное оказывается невозможно. От классических дисграфиков дети с ММД отличаются тем, что в их работах периодически встречаются грамотно написанные куски текста. Кроме того, у таких учащихся в начале работы ошибок значительно меньше чем в конце.

Во время релаксационных пауз дети могут продолжать общаться и разговаривать, но оказываются не в состоянии вспомнить свои высказывания. Они могут сказать грубость и пребывать в полной уверенности, что ничего подобного не говорили. Ребёнок может взять ручку со стола соседа, положить к себе в карман и не знать, что она там лежит. Он клянётся, что ничего не брал, в подтверждение своих слов выворачивает карманы и с удивлением смотрит на ручку, не понимая, как она там оказалась. Он может толкнуть, ударить кого-то и не помнить этого. Слушая обвинения в свой адрес, дети с ММД вполне искренне клянутся, что не говорили, не кричали, не толкали и т.д., и это вызывает ещё большее возмущение окружающих. Так как свидетелей проступков много, таких детей часто начинают считать врунами, хулиганами и воришками. А они приходят к убеждению, что окружающие несправедливы к ним, им начинает казаться, что весь мир ополчился против них. Невротизация или защитная реакция агрессии становится следствием их непроизвольных релаксационных пауз, их грубость обычно является реакцией на аналогичное обращение взрослых. Они просто возвращают взрослому «той же монетой», т.к. не умеют контролировать свои действия.

 Если жизнь заставляет их постоянно защищаться, то к подростковому возрасту многие из них становятся агрессивными. Довольно часто бывает, что деятельность мозга нормализуется, а «патология» характера, недоверчивость, озлобленность остаются на всю жизнь.

В дошкольном периоде дети с ММД могут не иметь никаких особых проблем в развитии, связанных с их дефектом. Однако ситуация резко меняется с момента поступления в школу. С первого дня повышенные требования начинают предъявляться именно к тем свойствам, которые у детей с ММД нарушены или не сформированы. ***Недостатки внимания, оперативной памяти, повышенная отвлекаемость и умственная утомляемость, слабость*** ***самоуправления*** – все эти неустранимые характеристики первичного дефекта начинают играть роковую роль в судьбе детей: они оказываются не в состоянии обучаться наравне со здоровыми сверстниками.

Специфика интеллектуальной деятельности этих детей состоит в ***цикличности****.* Время, в течение которого они могут продуктивно работать, очень незначительно и может не превышать 15 минут, по истечении которых дети теряют контроль над умственной активностью. Какое-то время мозг ***«отдыхает»,*** накапливая энергию и силы для следующего рабочего цикла. Затем умственная активность восстанавливается, и ребёнок может опять продуктивно работать в течение 15 минут, после чего мозг опять ***«отключается»*** и произвольное управление интеллектуальной активностью оказывается невозможным. Если интеллектуальная работа ребёнка хорошо организована, продумана и распределена таким образом, что осуществляется только в эти активные периоды, то обучение проходит очень эффективно

 ***Чем дольше работает ребёнок, тем короче становятся продуктивные периоды и длиннее время отдыха (пока не наступит полное*** ***истощение).*** Тогда для восстановления умственной работоспособности ***необходим сон.*** Поэтому после второго урока предлагается час релаксации, когда под наблюдением педагога – психолога или социального педагога дети имеют возможность расслабиться и отдохнуть под спокойную музыку или даже поспать. ***Такие релаксационные*** ***паузы очень эффективны.***

Современная катастрофическая ситуация в начальной школе связана с резко возросшим числом детей с ММД. Трудно понять, почему система школьного образования остаётся неизменной, в то время как психо - физиологические особенности от ***35*** до ***80% детей***, поступающих в школу, значительно изменились. Необходимо изменение общего режима, форм и методов организации урока, изложения материала. Если после второго урока учащимся предоставляется час релаксации, который сопровождается завтраком и прогулкой, то и на последующих двух уроках они сохраняют такую же работоспособность, как и на первых. В обычном же режиме обучения дети с ММД к третьему, а тем более к четвёртому уроку полностью перестают что-либо воспринимать. ***Качество обучения детей с ММД значительно возрастает при использовании групповых методов работы***, которые не требуют соблюдения абсолютной тишины, строгой дисциплины, что для них труднодостижимо, а, напротив, предоставляют возможность поговорить, обсудить решение или ответ. Выводы о том, что дети не успевают в школе из-за большого объёма и слишком высокого уровня сложности общеобразовательных программ несостоятельны.

 ***ММД не накладывает каких-либо ограничений на интеллектуальное*** ***развитие.*** Случаи одновременного выявления ММД и задержки психического развития показывают, что дело тут не столько в ММД, сколько в отсутствии минимального внимания со стороны родителей.

Если ребёнок растёт в благополучной семье и его воспитанию уделяется много внимания, то уровень интеллектуального развития ребёнка может быть и высоким. Однако в школе у него начнутся проблемы. Незнание, что у ребёнка есть функциональные отклонения в работе мозга и неумение создать ему соответствующий режим обучения и жизни в целом, порождает обвальное нарастание проблем в начальной школе.

 ***Какие же могут быть рекомендации по организации работы с этими детьми?***

- Лучший вариант для ребёнка с ПШОП и ММД – пребывание дома после окончания уроков. Группа продлённого дня для таких детей крайне нежелательна, а в идеальном варианте - недопустима. Им необходим полноценный отдых. Такие дети не должны долго смотреть телевизор и проводить много времени у компьютера. Для семилетних детей время работы с компьютером – 10 минут в день;

-Периоды активной работы и отдыха должны чередоваться;

- Эти дети не могут быть с самого начала обучения самостоятельными;

При выполнении домашнего задания взрослый должен быть рядом, но не выполнять работу за ребёнка. Иногда, подолгу просиживая за письменным столом, ребёнок на самом деле ничего не делает, легко отвлекаясь на посторонние действия: перекладывает вещи, крутит в руках ручку и т. п.

Чем дольше ребёнок сидит за столом, тем больше он утомляется, тем короче становится период его работоспособности;

Детей с ММД нельзя загружать механической работой: такой как переписывание на черновик( иногда не один раз), а за тем на чистовик.

- Нет смысла нагружать ребёнка специальными упражнениями на тренировку памяти и внимания;

- Помогая, по возможности нужно сохранять спокойную и доброжелательную обстановку: не раздражаться и не кричать на него, хотя это дается с большим трудом.

Необходимо помнить, что ***с возрастом теряется возможность пластичного*** ***изменения состояния ребёнка и, следовательно, возможности*** ***компенсации и коррекции уменьшаются***. Как правило, это время ограничивается первыми пятью – шестью годами обучения в школе. Эти временные рамки определяют ценность и значимость психолого- педагогического сопровождения учебно – воспитательного процесса в начальной школе.

Литература:

Ю.В. Науменко «Ребёнок с ММД как проблема начального образования» Журнал «Начальная школа» № 7 , 2007 год

Е.В. Шарапановская «Воспитание и обучение с ММД и ПШОП»

***Ребёнок с минимальными мозговыми дисфункциями***

***как проблема начального образования.***

***Воспитатель***

***Петросян Н.Б.***

2015 г. Москва

***2013-2014 уч. г.***

***Агрессивный ребёнок: Особенности педагогического взаимодействия***

***воспитатель***

***Петросян Н.Б.***

***2014 год***

Проблема агрессии и насилия является одной из наиболее острых проблем современного общества. Дети ежедневно наблюдают сцены насилия с экранов телевизоров и мониторов компьютеров. Неудивительно, что родители нередко жалуются педагогам и психологам на повышенную агрессивность и раздражительность своих детей, а педагоги, в свою очередь, обращаются к психологам с запросами о выборе средств педагогического воздействия на данную категорию детей. В психологии зарубежной нет единого чёткого определения детской агрессивности. Чаще всего под этим понятием подразумевается такое состояние ребёнка , при котором он силой стремится получить то, что хочет или при помощи силы реагирует на угрозу благополучию.

Можно предположить, что, прибегая к агрессивному поведению, дети борются за своё психологическое, а порой и физическое выживание и, вырастая, своим асоциальным поведением мстят этому миру за то, что он не любил их, не принимал, не понимал.

По мнению специалистов, обычно агрессивные действия выступают у детей в качестве:

- средства достижения какой-либо значимой цели (инструментальная агрессия);

- способа психической разрядки, замещения, удовлетворения блокированной потребности и переключения деятельности;

- способа удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении.

Исследователи считают наиболее распространёнными проявлениями агрессии в детском возрасте упрямство, драчливость, приступы гнева, ярости, негодования, желание обидеть, унизить, оскорбить, неумение понять интересы другого, завышенную самооценку, разрушительные действия.

Отечественные специалисты выделили следующие психологические особен-ности, провоцирующие агрессивное поведение детей:

- недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков;

- сниженный уровень саморегуляции:

- неразвитость игровой деятельности;

- сниженная самооценка;

- нарушения в отношениях со сверстниками.

 Американский психолог М. Раттер установил у детей тесную связь между расстройствами поведения и серьёзными отставаниями в усвоении школьных знаний. Среди мальчиков с асоциальной направленностью около трети имеют задержку чтения, причины которой тесно связаны с причинами проявления агрессии. Это особенности темперамента, способствующие возникновению нарушений поведения; неблагоприятная обстановка в семье; сам факт неуспеха школьного обучения, вследствие чего возникают разочарование и обида, которые могут повлечь протест, агрессию, асоциальное поведение.

 В отечественных исследованиях отмечается также взаимосвязь между уровнем квалификации педагога и уровнем агрессивности у детей. Так. Низкий уровень квалификации и высокие амбиции педагога способны дать высокий процент импульсивных детей с высокой агрессией.

 Неправильно выбранный педагогом стиль взаимоотношений может закреплять агрессивное поведение у детей, посещающих образовательные учреждения:

- авторитарно – отчуждённый стиль общения;

- стратегия нападения;

При демократическом стиле общения 26,5% детей проявляют скрытую агрессию и этот стиль общения даёт самое низкое количество детей с асоциальным поведением.

 Авторитарно-принимающий стиль эффективен в отношении рефлексивных и тревожных детей, но не подходит импульсивным. Для него характерны жёсткие оценки поведения ребёнка, сочетание строгости и справедливости, но в то же время педагог проявляет высокий уровень эмпансии, чувство долга и ответственность.

 Отечественными исследователями отмечен и недостаток педкультуры общения с агрессивными детьми. Стандартные реакции на таких детей скорее усиливают их особенности, нежели способствуют их перевоспитанию.

 Большинство учащихся с нарушениями в поведении считают, что постоянно и незаслуженно подвергаются вербальной агрессии (интонация, содержание речи) со стороны педагогов, которая унижает их личностное достоинство.

 Эмоциональная неустойчивость самих педагогов – практиков оказывает психотравмирующее воздействие на школьников. Таким образом, негативные аспекты речевого поведения учителей провоцирует новые вспышки гнева и необузданное поведение агрессивных учащихся и формируют комплексы неполноценности у застенчивых, тревожных, мнительных детей.

 Однако выявление причин и сути проблем развития агрессивного поведения ребёнка не может само по себе решить проблему агрессивности, здесь необходимо целенаправленное педагогическое воздействие.

 Метод игнорирования даёт эффективный результат по отношению к детям, которые чаще всего проявляют вербальную агрессию. Трудотерапия даёт возможность выработать усидчивость, работоспособность, выдержку, которых часто не хватает детям с агрессивными тенденциями.

 Так, в зарубежных исследованиях была выдвинута гипотеза несовместимых

реакций, согласно которой у детей можно вызвать чувства несовместимые с гневом и агрессией. Это прежде всего:

 -чувство эмпатии, сопереживание. Эмпатия, возникающая на вид боли и страданий жертвы может быть эффективна для снижения уровня открытой агрессии.

 - юмор и смех

 Уменьшить уровень открытой агрессии можно также, создав условия для эмоциональной разрядки.

 Можно предложить метод эмоциональной разрядки « поглаживание» спро- воцированного агрессора, который вызовет у него позитивные состояния и реакции, не совместимые с гневом и агрессией. В качестве таких «поглаживаний» педагоги-психологи предлагают использовать извинения, признание вины, комплименты, скромные, но неожиданные подарки, доброжелательный юмор, ненавязчивую похвалу.

 В момент особенно интенсивного агрессивного состояния ребёнка можно использовать следующие приёмы:

1. Попросить ребёнка улыбнуться, подышать глубже, нормализовать дыхание, расправить плечи, расслабиться, отжаться от пола;
2. Предложить ребёнку переадресовать агрессию на неодушевленный предмет или действие (скомкать бумагу и разорвать её в клочья , рисунок со своим гневом - обидчиком, топать ногами, громко кричать, используя «трубу» из ватмана, бить боксёрскую грушу, манекен и т.д.
3. Переключить внимание на какое – нибудь задание («Помоги мне, пожалуйста, снять с полки… Ты ведь выше меня…»)
4. Можно попросить ребёнка вспомнить что – нибудь приятное, предложить ему мысленно оказаться в приятном месте, сказать себе приятные слова, найти в случившемся приятные стороны.
5. Отечественные исследователи разработали для педагогов и родителей ряд специальных рекомендаций и правил для экстренного вмешательства, обеспечивающих конструктивное воздействие на агрессивные реакции детей:
6. Спокойное отношение, игнорирование незначительной агрессии ( так называемый изящный уход). Озадачьте «агрессора», неожиданно соглашаясь с ним или меняя тему. Отвечайте так, как если бы слова
7. Акцентирование внимания на поступках (поведении) ребёнка, а не на личности ( Ты воспитанный человек, но сейчас ведёшь себя агрессивно, преступаешь допустимую черту» «Я знаю, что ты дисциплинирован-

ный, но почему ты сейчас нарушаешь правила?», «Ты злишься? Ты хо-чешь меня обидеть? Ты хочешь нам продемонстрировать свою силу?»)

1. Контроль педагогом своих собственных негативных эмоций – это не

Подкрепляет агрессивное поведение, сохраняет партнёрские отноше-ния, демонстрирует модели неагрессивного поведения, укрепляет ав-

торитет педагога.

1. Снижение напряжения ситуации.

Нередко педагоги используют действия, усиливающие напряжение и

агрессию: усиливающие напряжение и агрессию: устрашающие и гневные

интонации, сарказм, насмешки, демонстрацию власти (« Учитель здесь

пока ещё я!», « Будет так, как я скажу, понятно?»), агрессивные позы и жесты, физическую силу , жёсткие требования, давление, оценку характера и личности ребёнка, втягивание в конфликт друзей и родителей ребёлинка, сравнивание с другими детьми, нотации, проповеди, обобщения

 («Все вы одинаковые», «Опять ты!», « Ты как всегда»), придирки, передразнивания и др.

 Опытный педагог знает, что некоторые из этих реакций могут остановить проступок на короткое время, но отрицательный эффект от такого поведения принесёт гораздо больше вреда.

 5. Обсуждение проступка после успокоения обеих сторон, но как можно скорее после инцидента, сначала наедине без свидетелей, затем в группе или семье. Важно сохранять спокойную, объективную позицию, акцентировать внимание на проступке и его негативных последствиях для окружающих и самого ребёнка.

 6. Сохранение положительной репутации ребёнка.

 Для ребёнка, тем более подростка, самое страшное - публичное осуждение и негативная оценка. Сохранить положительную репутацию можно публично сведя к минимуму вину ребёнка («Ты не хотел его обидеть»), « Ты плохо себя чувствуешь»), предложив компромисс и не требуя полного подчинения, но не распространяя это на личное общение.

 7.Демонстрация модели неагрессивного поведения.

 Альтернативное агрессивному поведение педагога можно построить, используя следующие приёмы: выдержать паузу, молча, заинтересо-ванно выслушать ребёнка, прояснить ситуацию наводящими вопросами, признать интересы маленького агрессора и сообщить ему свои, апеллировать к правилам и т. д.

 Итак, в младшем школьном возрасте можно успешно коррегировать агрессивное поведение детей;

-педагогу принадлежит право первенства в осуществлении изменений неадаптивных форм поведения, т.к. в данный период именно он является значимым и авторитетным лицом для ребёнка;

 Многим детям необходимы индивидуальные занятия с педагогом – психологом для более тщательной проработки закрепившихся навыков агрессивного реагирования.

 Современная литература знакомит с различными направлениями психолого – педагогической помощи детям и младшим подросткам, наиболее подходящими методами и коррекции агрессивности, с учётом возрастных и индивидуально – психологических особенностей ребёнка.

Литература:

1. Бреслав Г.Э. Психологическая коррекция детской и подростковой агрессивности. СПБ. 2004г.
2. Бэррон.Р . , Ричардсон. Д. Агрессия 2001.
3. Бютнер К.Жить с агрессивными детьми. М. 1991.
4. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребёнком. Как? 2004.
5. Гуггенбюль А. Зловещее очарование насилия: Профилактика детской агрессивности и жестокости борьба с ними. СПБ 2000.
6. Паренс А. Агрессия наших детей. М. 1997.
7. С. Семенака С.И., Тупичкина. Игровые методы коррекции агрессивного поведения детей. Армавир. 2003.
8. Смирнова. Т. П. Психологическая коррекция агрессивного поведения детей. Ростов. 2004.