

ния и причин суицидального поведения, вопрос суицида среди подростков, имеющих физические и соматические патологии, является малоизученным и представляет в настоящее время научно-практический интерес. Дети с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) составляют особую группу риска актуализации суицидальных тенденций [3]. Н.С. Морова подчеркивает, что «...проблема социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья есть не что иное, как воспаленный нерв социальной экологии детства, поскольку количественный рост детской инвалидности, который наблюдается в ряде регионов, трансформируется в качественное изменение всего общества» [4, с. 142]

Различные варианты дизонтогенетического развития провоцируют разные формы суицидального поведения. Рядом исследователей выявлено, что дети и подростки с детским церебральным параличом находятся в группе риска по данному показателю. Этиологией возникновения попыток суицида у детей данной категории нарушений могут являться: потеря родительской любви, чувство отвержения и одиночества, недовольство внешним обликом [3].

Считается, что нарушения речи в большинстве случаев носят обратимый характер и могут быть преодолены в результате коррекционной работы. Однако речевые нарушения являются заметным фрустрирующим фактором для ребенка или подростка, создают эмоциональный барьер между ним и окружающими. Фиксированность на дефекте накладывает на индивидуальные психологические особенности. Совокупность данных факторов может стать основой для формирования суицидального поведения.

При наличии такой модели дисгармонического развития, как психопатии, также присутствуют суицидальные тенденции. Подростки с неустойчивым типом психопатии проявляют склонность к демонстративным суицидальным попыткам. Этиологией таких суицидальных актов является недостаток внимания со стороны определенных лиц, ущемленное самолюбие, желание заслужить ореол мученика. Суицидальные тенденции присутствуют также и при общем психическом недоразвитии [2].

Таким образом, можно сделать вывод, что суицидальное поведение является глобальной социально-психологической проблемой, затрагивающей молодое поколение, причем дети с ОВЗ ввиду особенностей их социально-психологического развития составляют особую группу риска. Различия в этиологии суицидального поведения могут быть обусловлены как характерными особенностями нарушения, так и личностными акцентуациями, что требует более внимательного отношения к проблемам социализации и психологического комфорта детей и подростков, реализации индивидуального подхода в работе с ними.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. - М., 1987. № 6. – С. 52-60.
2. Венерская Е.П. Суицидальное поведение у подростков с ограниченными возможностями здоровья // Гуманитарные научные исследования. 2016. № 4 [Электронный ресурс]. URL: <http://human.snauka.ru/2016/04/14893> (дата обращения 18.07.2017).
3. Дашиева Б.А. Суицидальное поведение и его предпосылки у подростков с ограниченными возможностями здоровья: этнокультурные особенности / Б.А. Дашиева, С.В. Тюлюпо // Антропологическая психология в XXI веке: проблемы и перспективы: сборник материалов V Сибирского психологического форума. - Томск, 2013. – С. 82-85.
4. Морова Н.С. Научная школа «Социально-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья»: от зарождения традиций до современной практики // Социальная педагогика как наука, профессиональное образование и сфера социальной практики/науч. ред. В.М Басова, А.Б. Белинская, В.Г. Бочарова / ФГНУ «Институт социальной педагогики» РАО. - М., 2012. – С.140-151.
5. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>, свободный (дата обращения 13.07.2017).

Т.Е. Титовец

ИГРОВАЯ ДЕПРИВАЦИЯ КАК ФАКТОР СОЦИАЛЬНОЙ ДИЗАДАПТАЦИИ РАСТУЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка (Минск).

В современном обществе множество молодых людей проявляет признаки социальной дизадаптации: они устают от взаимодействия с другими людьми, теряются в ситуации неопределенности, не интересуются происходящими событиями, утрачивают веру в себя и собственные возможности. Одна из причин этого явления состоит в том, что в ситуации ускорения социального времени и академической инфляции растущее поколение рано приобщается к учебной деятельности, недополучив опыта самостоятельной игровой деятельности в период дошкольного детства. Такая замена игровой деятельности различными формами приобретения знаний трактуется как игровая депривация.

Игровая депривация ребенка проявляется в общемировой тенденции к снижению возрастной границы для поступления в школу, в резком увеличении спроса на разные образовательные услуги и кружковые формы работы, почти полностью поглощающие свободное время ребенка, а также в растущей

конкуренции учреждений дошкольного образования между собой, главным критерием качества работы которых становятся формальные показатели поступления выпускников в элитные школы с высоким конкурсным отбором.

Лишение ребенка возможности заниматься самостоятельной игровой деятельностью в дошкольном детстве негативно влияет на его социальное развитие. При длительном свободном общении со сверстниками во время игры ребенок может осознать последствия своей грубости, неосторожно высказанных слов и впредь контролировать свое поведение. Когда же этих последствий он не испытывает, социальное и эмоциональное развитие существенно замедляется. В свободной игре ребенок сам от начала до конца планирует свой собственный сценарий, план игры, прогнозирует последствия своих действий и таким образом учится лучше планировать и осознавать свою ответственность за исход игры: будет она развлекательной и интересной, зависит только от него самого. На организованных педагогом занятиях, даже если они протекают в игровой форме, ребенок вынужден придерживаться уже заранее подготовленного для него сюжета. Поэтому не вызывает удивления тот факт, что в культурах с регламентированными условиями воспитания, т. е. условиями игровой депривации, чаще фиксируются не только психические и адаптационные проблемы детей (детские неврозы и депрессии), но и дефекты развития мышления и творческой деятельности.

Игровая деятельность ребенка в свою очередь во многом определяется уже имеющимся у ребенка опытом организовать игровые действия, оценивать их адекватность заявленной цели. Испытав продолжительную игровую депривацию, дети фактически теряют эти ценные навыки и не могут играть самостоятельно даже тогда, когда им предоставляется такая возможность. Игры таких детей становятся однотипными, лишеными глубокого замысла. В то же время, в современную эпоху информационных технологий возрастает частота случаев самопроизвольной игровой депривации подрастающего поколения: даже если детей никто не лишает игры, их игра теряет свои качества занимательности, сложности и интриги – дети разучились играть так, как играли раньше.

В связи с этим в современной психолого-педагогической науке возрастает актуальность исследований, посвященных проблеме возрождения детской игры, определения способов управления свободной игровой деятельностью ребенка с целью максимального раскрытия ее развивающего потенциала. Педагогическая поддержка развития самостоятельной игровой деятельности может быть представлена различными направлениями: обучение детей длительной концентрации на одной и той же игре, помощь детям в составлении плана игры и его знаковой схематизации, создание средовых условий для организации детских игр и гибкого зонирования пространства и т. д. Различные формы педагогической поддержки игровой деятельности помогают сделать детскую игру сложнее, интерактивнее, более зрелой и многомерной, способной длиться продолжительный период. Чем игра сложнее, тем она интереснее и заставляет ребенка еще глубже вживаться в роль.

Игровая деятельность формирует у детей образ взрослости и понимание того, что любое действие несет свой смысл, имеет значение для достижения определенной цели. Именно эти две составляющие любой самостоятельной игры – наличие идеала и стремление к смысловому поиску – и являются гарантом последующей адаптации человека к существованию в социуме, делая его способным к постоянному целеполаганию и видению своего эталонного «я».

И.А. Тишевой

ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛАКТАЦИОННЫХ КРИЗОВ

Южно-Уральский государственный университет (Челябинск).

Лактационные кризы (ЛК) являются одной из часто упоминаемых проблем в организации грудного вскармливания и налаживания качественного и эффективного взаимодействия матери с младенцем. Эти обусловленные восстановлением гормонального статуса временные изменения характера лактации (уменьшение объема лактации и/или изменение вкуса молока матери) и капризное поведение ребенка обычно описываются феноменологически в терминах «транзиторная гипогалактия» и «забастовки» младенца при попытках матери накормить его. В доступной нам литературе нет описания лонгитюдных исследований ЛК в течение первого года жизни младенца.

В представленном научно-исследовательском проекте на добровольной основе приняли участие 60 женщин и их младенцы. Исследование включало в себя видеосъемки кормлений грудью на 3-5 день после рождения, затем ежемесячно в течение первых шести месяцев, а также в 9 и 12 месяцев. Видеосъемки всегда проводились в первой половине дня в кабинете здорового ребенка ЛПУ, снимались второе или третье кормление. При оценке взаимодействия матери и ребенка в ситуации кормления грудью измерялась длительность сосания ребенка до начала подачи им как первых легких сигналов требования прерывания пищевого взаимодействия с матерью (напряжение тела, гримаса недовольства, ворчание, вскидывание ручек или подтягивание ножек). Также регистрировалось время подачи явных сигналов требования прервать кормление (отпускание груди, отворачивание или откидывание от нее, плач или резкие вытягивания