

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. Астафьева»

**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:  
ФАКТОРЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ,  
СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ**

Сборник научных статей

**Выпуск 3**

Красноярск  
2017

ББК 88.8  
П 863

**Редакционная коллегия:**

*В.А. Ковалевский* (гл. ред.)

*О.В. Груздева* (отв. за вып.)

*О.М. Вербианова*

*Т.А. Шкерина*

**П 863 Психическое здоровье детей и подростков: факторы обеспечения, сохранения и укрепления:** сборник научных статей / гл. ред. В.А. Ковалевский; отв. за вып. О.В. Груздева; ред. кол.; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2017. – Вып. 3. – 100 с.

ISBN 978-5-00102-122-3

Продолжает профессиональное обсуждение актуальных проблем детской психологии, научных идей и практического опыта специалистов в сфере дошкольного, школьного образования, психолого-педагогической деятельности, здравоохранения и управления образованием. Основное содержание материалов знакомит с состоянием и проблемами психического и психологического здоровья детей и подростков.

Будет интересен ведущим специалистам вузов, психологических центров, региональных общественных площадок, работникам образовательных организаций и медицинских учреждений.

ББК 88.8

ISBN 978-5-00102-122-3

© Красноярский государственный  
педагогический университет  
им. В.П. Астафьева, 2017

## Содержание

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Арамачева Л.В., Вальтер М.В.</i><br>ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ<br>РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ<br>БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА .....                                                                                                                     | 5  |
| <i>Батурина Г.В., Вербианова О.М.</i><br>ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МАТЕРИ<br>НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ РЕБЕНКА<br>ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА .....                                                                                                                     | 13 |
| <i>Василькова Ж.Г.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ<br>И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ<br>У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ .....                                                                                                                                                 | 19 |
| <i>Вербианова О.М., Батурина Г.В.</i><br>ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ<br>ЖЕНЩИН, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ<br>СРЕДНЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА .....                                                                                                                  | 24 |
| <i>Биндарева Т.А.</i><br>ИНКЛЮЗИЯ В ОБРАЗОВАНИИ<br>КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ<br>ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ .....                                                                                                                                                             | 31 |
| <i>Вылегжанина Г.Г., Беспмятных Н.Н.</i><br>ФОРМИРОВАНИЕ ЗРЕЛОСТИ МОТИВАЦИИ<br>К РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН<br>КАК УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ<br>БУДУЩЕГО РЕБЕНКА .....                                                                                        | 38 |
| <i>Гордиец А.В., Симакова Л.Н., Турлак И.В., Галактионова М.Ю.,<br/>Прокопенко С.В., Сифоркина Л.Н., Маслова М.Ю., Лавыгина М.В.</i><br>НОВОГОДНИЙ ФЕСТИВАЛЬ ЗДОРОВЬЯ:<br>ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ<br>МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ДЕТЬМИ<br>В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ..... | 47 |

|                                                                                                                                                                                          |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Горнякова М.В.</i><br>ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССИОНАЛА .....                                                                                                                    | 58 |
| <i>Каблукова И.Г., Петренко Н.В.</i><br>МЕСТО И РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ<br>В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ<br>ПЕДАГОГОВ ДЕТСКОГО САДА .....                           | 67 |
| <i>Груздева О.В., Кербис И.Ю.</i><br>МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ<br>ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ<br>ПСИХИЧЕСКОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ<br>ПЕДАГОГОВ ДОШКОЛЬНЫХ<br>ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ..... | 74 |
| <i>Котова Е.В., Рябинин С.П.</i><br>ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА .....                                                                                                                  | 81 |
| <i>Юрков Д.В.</i><br>ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ<br>В ПРЕСУИЦИДАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ (14–15 ЛЕТ) .....                                                                            | 89 |
| Сведения об авторах .....                                                                                                                                                                | 94 |

**ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЯ  
РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К РЕБЕНКУ  
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН,  
ОТКАЗАВШИХСЯ ОТ АБОРТА**

**PREVENTION OF VIOLATION OF THE PARENTAL  
ATTITUDE TOWARDS THE CHILD OF PREGNANT  
WOMEN WHO REFUSED ABORTION**

**Л.В. Арамачева  
М.В. Вальтер**

**L.V. Aramacheva  
M.V. Valter**

*Родительское отношение; беременные женщины, отказавшиеся от аборта; профилактика нарушения родительского отношения.*

В статье представлены результаты изучения особенностей родительского отношения к будущему ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта. Анализ данных проводится в сравнении с показателями родительского отношения беременных женщин, которые изначально планировали беременность. Представлено краткое содержание программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта. Приведены результаты контрольного эксперимента, подтверждающие эффективность разработанной программы.

*Parental attitude; pregnant women who refuse abortion; prevention of violations of the parental attitude.*

Results of studying of features of the parental attitude towards future child of the pregnant women who refused abortion are presented in article. The analysis of data is carried out in comparison with indicators of the parent relation of pregnant women who initially planned pregnancy. The summary of the program of prevention of violation of the parental attitude towards the child of the pregnant women who refused abortion is submitted. The results of check experiment confirming efficiency of the developed program are given.

**В** настоящее время в России достаточно остро стоит проблема демографического кризиса, в связи с чем актуализируется движение по предупреждению аборт. Ряд медико-

психологических исследований показал, что процесс вынашивания беременности женщины, отказавшейся от аборта, зачастую сопровождается рядом соматических (токсикозы, склонность к выкидышам, преждевременные роды) и психологических (искажение восприятия беременности, негативное отношение к родам, будущему ребенку) симптомов. Сохраняя изначально нежеланную беременность, женщины часто отталкиваются как от конструктивных, так и от деструктивных мотивов. После рождения ребенка у них могут возникнуть трудности в установлении контакта с ним [5].

Вместе с тем научно доказано, что отношение будущей матери к ребенку влияет впоследствии на его психическое и личностное развитие [4; 7]. В связи с этим актуальным становится вопрос формирования позитивного (благоприятного) родительского отношения к ребенку у беременных женщин, отказавшихся в процессе консультативной работы с психологом от аборта.

Исследование проблемы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта, проводилось на базе Краевого государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом». В эмпирическую выборку вошли 40 беременных женщин в возрасте от 20–35 лет, из них 20 чел. (экспериментальная группа) – женщины, изначально принявшие решение прервать беременность, но впоследствии в ходе работы с психологом отказавшиеся от аборта; 20 чел. (контрольная группа) – женщины, которые планировали беременность и рождение ребенка.

Для изучения специфики отношения беременных женщин к состоянию беременности и будущему ребенку применялся следующий диагностический инструментарий: методика «Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты», разработанная И.В. До-

брюковым; «Опросник родительского отношения» А.Я. Варги и В.В. Столина; опросник «Измерение родительских установок и реакций», предложенный Е.С. Шефером и Р.К. Беллом.

При изучении особенностей психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) по И.В. Добрякову – совокупности механизмов психической саморегуляции беременной женщины, формирующей ее отношение к своей беременности и будущему ребенку – установлено:

1) для большинства женщин, отказавшихся от аборта, наиболее свойственны следующие типы ПКГД: *депрессивный* (30 %) – проявляется резко сниженным фоном настроения, тревожностью и страхами, иногда эмоциональным отвержением ребенка, *гипогестогнозический* (25 %) – характеризуется бессознательным неприятием своей беременности, игнорированием ее проявления, а также *тревожный* (20 %) – проявляется мнительностью, повышенной утомляемостью, суетливостью, эмоциональной лабильностью. В меньшей степени у данной категории женщин проявляется *эйфорический* (10 %) – демонстрируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, а любые недомогания преувеличиваются, и *оптимальный* (15 %) – ответственное, без лишней тревоги, восприятие своего нового состояния – типы ПКГД;

2) для женщин, которые планировали беременность, наиболее характерным типом ПКГД является *оптимальный* (65 %), а также *эйфорический* (20 %). *Депрессивный, гипогестогнозический, тревожный* типы психологического компонента гестационной доминанты у данной группы женщин выражены незначительно;

3) полученные данные подтверждает статистический анализ частоты встречаемости каждого типа ПКГД в экспериментальной и контрольной группах с помощью критерия углового преобразования Фишера: так у женщин, отказавшихся от аборта, достоверно чаще выражены *гипогестог-*

*нозический* ( $p \leq 0,05$ ) и *депрессивный* ( $p \leq 0,05$ ) типы ПКГД, у женщин, планировавших беременность, достоверно чаще встречается *оптимальный* ( $p \leq 0,01$ ) тип ПКГД.

По итогам проведения диагностики с помощью «Опросника родительского отношения» (ОРО) А.Я. Варги, В.В. Столина (анализировались средние показатели по шкалам в каждой группе испытуемых) выявлено:

1) родительское отношение по типу «принятие» в большей степени выражено у женщин, которые планировали беременность (5,2 балла). Беременные женщины, отказавшиеся от аборта, в меньшей степени (4,2 балла) эмоционально принимают будущего ребенка. При этом показатели эмоционального отвержения будущего ребенка у данной категории женщин выше (4,2 балла), чем у женщин, которые планировали беременность (4,05 балла);

2) родительское отношение по типу «кооперация» в большей степени свойственно женщинам, которые планировали беременность (6,5 балла), для них в большей мере характерен интерес к ребенку, стремление высоко оценивать его индивидуальные особенности, чем для женщин, отказавшихся от аборта (5,85 балла);

3) родительское отношение по типу «маленький неудачник» (стремление инфантилизировать ребенка, заранее видеть его неуспешным, неблагополучным) более выражено у женщин, отказавшихся от аборта (0,9 балла), чем у женщин, планировавших беременность (0,4 балла);

3) типы родительского отношения «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» выражены в группах испытуемых незначительно;

4) полученные данные подтверждает статистический анализ с помощью t-критерия Стьюдента: выявлены статистически значимые различия в показателях испытуемых по шкале «принятие» ( $p \leq 0,01$ ) и «маленький неудачник» ( $p \leq 0,05$ ).



В результате проведения диагностики с помощью опросника «Измерение родительских установок и реакций» Е.С. Шефера и Р.К. Белла выявлено:

1) «оптимальное эмоциональное отношение» как тип родительской установки более выражено у женщин, планировавших беременность (14,9 балла), чем у женщин, отказавшихся от аборта (14,08 балла);

2) родительская установка по типу «излишняя эмоциональная дистанция» более характерна для женщин, отказавшихся от аборта (11,45 балла), чем для женщин, планировавших беременность (10,4 балла). Это говорит о большей предрасположенности женщин, отказавшихся от аборта, к эмоциональному дистанцированию в отношениях с ребенком.

3) сравнивая выраженность показателей родительской установки по типу «излишняя концентрация на ребенке», можно отметить, что она более свойственна женщинам, которые планировали беременность (12,3 балла), чем женщинам, отказавшимся от аборта (11,5 балла);

4) результаты статистического анализа с использованием t-критерия Стьюдента доказывают, что имеются достоверные различия в показателях испытуемых экспериментальной и контрольной групп по шкалам «оптимальный эмоциональный контакт» ( $p \leq 0,01$ ), «излишняя эмоциональная дистанция» ( $p \leq 0,05$ ), «излишняя концентрация на ребенке» ( $p \leq 0,01$ ).

На основании полученных данных можно констатировать наличие у беременных женщин, отказавшихся от аборта, предпосылок нарушения родительского отношения к будущему ребенку.

Нами была разработана и реализована программа профилактики нарушения родительского отношения к ребенку женщин, отказавшихся от аборта. Задачи программы: психологическая подготовка беременных женщин к родам и материнству; обеспечение их благоприятного психоэмоцио-

нального состояния; коррекция межличностных отношений будущей матери с членами семьи; формирование стабильной положительной установки на беременность, роды и отношения с ребенком.

Система психолого-педагогической работы в рамках программы включала:

1) образовательный компонент (проведение лекций, психопросветительских мероприятий, организация работы фокус-групп, групповых дискуссий, подбор необходимой психолого-педагогической литературы, демонстрация видеоматериалов);

2) консультативный компонент (индивидуальные консультации по запросу, семейное консультирование, диагностика и мониторинг психоэмоционального состояния, консультации по результатам диагностики);

3) воспитательный компонент (развитие эмоционально-положительной направленности матери на общение и взаимодействие с ребенком, формирование позиции принятия по отношению к ребенку);

4) психокоррекционный компонент (коррекция межличностных отношений с членами семьи, стабилизация психоэмоционального состояния будущих матерей, коррекция родительских установок и родительского отношения к будущему ребенку будущих матерей и членов их семей).

В рамках реализации программы приняли участие 20 беременных женщин экспериментальной группы. Продолжительность работы составила 6 месяцев (апрель – сентябрь 2016 года). Программа предусматривала вариативность ее реализации в зависимости от индивидуальных особенностей личности будущих матерей, их жизненной ситуации, мотивации участия в программе и наличия запросов на проведение индивидуальных форм работы. Исходя из того, что сроки беременности женщин были разными, те женщины,

у которых подходил срок родов, выбывали из группы, таким образом, численность группы в процессе реализации программы уменьшалась. На момент проведения контрольного этапа исследования все женщины экспериментальной группы уже являлись молодыми матерями. Повторная диагностика испытуемых проводилась в течение первых двух месяцев после родов.

Итоги проведения контрольного эксперимента показали, что количество женщин с преобладающим *оптимальным* типом психологического компонента гестационной доминанты увеличилось на 30 %; число испытуемых с *гипонозогностическим* типом ПКГД снизилось на 15 %; количество испытуемых с выраженным депрессивным типом ПКГД уменьшилось на 20 %. Результаты проведенного статистического анализа указывают на достоверно значимые различия ( $p \leq 0,05$ ) в показателях встречаемости *оптимального* типа ПКГД у испытуемых на этапе констатирующего и контрольного экспериментов.

Анализ результатов, полученных на этапе контрольного эксперимента при помощи методики «Опросник родительского отношения», позволяет отметить, что заметные изменения произошли в выраженности таких типов родительского отношения к ребенку, как «принятие» (показатели повысились с 5,2 до 6,5 балла), «отвержение» (снижение показателей с 4,2 до 3,25 балла), «авторитарная гиперсоциализация» (снижение с 2,5 до 1,5 балла), что подтверждается результатами статистического анализа данных: обнаружены значимые различия на высоком уровне достоверности ( $p \leq 0,01$ ).

Анализ результатов, полученных при помощи методики «Измерение родительских установок и реакций», указывает на то, что произошли статистически значимые изменения ( $p \leq 0,01$ ) по диагностическим шкалам: так, по шкале «оптимальный эмоциональный контакт» отмечено повышение по-

казателей с 56,3 до 60,95 балла; по шкале «излишняя эмоциональная дистанция» выявлено снижение показателей с 34,35 до 29,8 балла; также заметно снизились показатели по шкале «излишняя концентрация на ребенке» с 98,1 до 88,35 балла.

Выяснилось, что женщины в большей степени готовы учитывать потребности своего ребенка, устанавливать положительные взаимоотношения с ним, а также поощрять активность ребенка.

Таким образом, по результатам проведенной работы мы можем сделать вывод об эффективности разработанной программы профилактики нарушения родительского отношения к ребенку беременных женщин, отказавшихся от аборта. Данная профилактическая программа может найти широкое применение в практике психологического сопровождения будущих матерей в условиях женской консультации, пренатальных и социально-психологических центров.

### *Библиографический список*

1. Большая энциклопедия психологических тестов / ред. А.А. Карелина. М.: Эксмо, 2007. С. 298–305.
2. Варга А.Я., Столин В.В. Практикум по психодиагностике: психодиагностические материалы. М.: МГУ, 2012. 128 с.
3. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
4. Доманецкая Л.В. Психология семьи и семейного воспитания: учебное пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2013. 212 с.
5. Кельмансон И.А. Перинатология и перинатальная психология. СПб.: СпецЛит, 2015. 30 с.
6. Методика PARI (Е.С. Шефер, Р.К. Белл; адаптация Т.В. Нещерет): Психологические тесты / под ред. А.А. Карелина. М., 2001. Т. 2. С. 130–143.
7. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 240 с.

**ВЛИЯНИЕ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ МАТЕРИ  
НА УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ РЕБЕНКА  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**INFLUENCE OF PSYCHOLOGICAL WELLBEING  
OF MOTHER ON THE LEVEL OF UNEASINESS  
OF THE CHILD PRESCHOOL AGE**

**Г.В. Батурина  
О.М. Вербианова**

**G.V. Baturina  
O.M. Verbianova**

*Психологическое благополучие матерей, компоненты психологического благополучия, уровень тревожности детей, психологическое сопровождение.*

В статье раскрывается характер влияния психологического благополучия матерей на уровень тревожности детей среднего дошкольного возраста. Представлены сведения корреляционной зависимости компонентов психологического благополучия матери и уровня тревожности детей.

*Psychological wellbeing of mothers, components of psychological wellbeing, level of uneasiness of children, psychological maintenance.*

In article the nature of influence of psychological wellbeing of mothers on the level of uneasiness of children of middle preschool age reveals. Data of correlation dependence of components of psychological wellbeing of mother and level of uneasiness of children are submitted.

Среди причин, детерминирующих детскую тревожность, первое место занимают отношения ребенка с родителями, особенно с матерью [4]. При этом возникает необходимость конкретизации факторов, определяющих развитие высокой тревожности у детей дошкольного возраста как патогенного фактора личности ребенка [5]. Способность матери давать своему ребенку необходимую для его благоприятного развития заботу, внимание и любовь определяется нали-

чием и состоянием тех ресурсов, которыми она обладает для того, чтобы осуществлять такую деятельность [2]. Наличие такого ресурсного состояния созвучно с понятием о психологическом благополучии личности. Психологическое благополучие представляется целостным переживанием и выражается в субъективном ощущении счастья, удовлетворенности собой и собственной жизнью, связанным с базовыми человеческими ценностями и потребностями [6;7].

На основании вышеизложенного определили цель исследования – изучение влияния качественных показателей психологического благополучия матери на уровень тревожности детей среднего дошкольного возраста.

Исследование проводилось в дошкольной организации г. Красноярска. Эмпирическая выборка составила 80 человек, из них 40 матерей в возрасте от 25 до 35 лет и их дети (40 человек) среднего дошкольного возраста (4–5 лет).

Для проведения исследования были использованы следующие методы диагностики.

1. Опросник «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф), позволяющая определить степень выраженности основных показателей психологического благополучия личности по шести субшкалам: «положительные отношения с другими», «автономия», «управление окружением (средой)», «личностный рост», «цель в жизни» и «самопринятие» [1; 8].

2. Тест тревожности «Выбери нужное лицо» (Р. Тэмпл, В. Амен, М. Дорки), позволяющий определить уровень тревожности ребенка [3].

На первом этапе исследования был выявлен показатель общего уровня психологического благополучия каждой матери, показатели компонентов психологического благополучия, а также уровень тревожности их детей.

Далее с целью определения характера влияния уровня психологического благополучия матерей на уровень тре-

возможности ребенка выборка женщин была разбита на две подгруппы в зависимости от уровня выраженности их психологического благополучия (высокий и низкий). В каждой из таких подгрупп подсчитывалось количество детей с низким, средним и высоким уровнем тревожности. Полученные данные представлены в табл. 1.

*Таблица 1*

**Результаты соответствия уровней  
психологического благополучия матерей  
уровням тревожности их детей (в %)**

| Уровень психологического благополучия матери | Уровень тревожности |         |        |
|----------------------------------------------|---------------------|---------|--------|
|                                              | высокий             | средний | низкий |
| Высокий                                      | 0 %                 | 33 %    | 67 %   |
| Низкий                                       | 16 %                | 84 %    | 0 %    |

Данные свидетельствуют о том, что у матерей с высоким уровнем психологического благополучия дети в основном имеют низкий уровень тревожности (67 %). У 33 % дошкольников отмечается средний уровень тревожности. Высокого уровня тревожности у детей в группе матерей с высоким уровнем психологического благополучия выявлено не было. У детей женщин с низким уровнем психологического благополучия в 84 % случаев отмечается наличие среднего уровня тревожности, при этом в 16 % случаев отмечен высокий уровень тревожности у детей. Низкий уровень тревожности у детей в данной подгруппе матерей также не выявлен.

Далее проводился статистический анализ на основе вычисления коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Прежде всего изучалось наличие корреляционной связи между общим уровнем психологического благополучия матерей и уровнем тревожности их детей. В ходе статистического анализа был получен результат:  $r_s = -0,736$ , при  $p = 0,01$ .

Взаимосвязь сильная (так как значение стремится к 1), направленность связи обратная.

Следующим этапом статистического анализа данных стало обнаружение связи каждого из компонентов (шкал) психологического благополучия матерей с уровнем тревожности их детей. Для выявления значимых компонентов психологического благополучия матерей в развитии высокого и низкого уровней тревожности детей рассчитывались корреляционные показатели. В табл. 2 приведены результаты проведенного корреляционного анализа.

*Таблица 2*

**Результаты статистического анализа  
корреляционной связи между уровнем тревожности детей  
и показателями компонентов  
психологического благополучия матерей**

| Компоненты<br>психологического<br>благополучия<br>(шкалы) | Позитивные<br>отношения | Автономия | Управление<br>средой | Личностный<br>рост | Цели<br>в жизни | Самопринятие |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|----------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| rs Спирмена                                               | -0,607                  | -0,595    | -0,546               | -0,602             | -0,653          | -0,708       |
| Уровень<br>достоверности (p)                              | 0,01                    | 0,01      | 0,01                 | 0,01               | 0,01            | 0,01         |

Значения коэффициентов корреляционной связи по каждому компоненту указывают, что обнаруженная связь является обратной. Это свидетельствует о том, что при высоких показателях указанных компонентов психологического благополучия матерей отмечается более низкий уровень тревожности у их детей, и наоборот.

Наиболее значимая связь уровня тревожности детей была обнаружена с такими компонентами психологического благополучия, как: «самопринятие» ( $r = -0,708$ ), затем – «цели в жизни» ( $r = -0,653$ ). Выявленный факт показывает



перспективные направления коррекции детской тревожности посредством изменения данных компонентов психологического благополучия матерей. В работе с матерями необходимо ориентироваться на совершенствование уровня принятия себя и формирование перспектив и убеждений, определяющих их смысл жизни. В организации такой работы целесообразно использовать методы и приемы психокоррекции, направленные на раскрытие личности и ее внутренних ресурсов, на активизацию процессов самоактуализации личности, что позволит увидеть смыслы собственной деятельности и направленность жизни в целом (ролевой тренинг, арт-терапевтические методы, психодрама и др.).

Взаимосвязь уровня тревожности детей с показателями компонента психологического благополучия матерей «управление средой» проявляется в наименьшей степени ( $r = -0,546$ ). Это может говорить о том, что возможности матерей в управлении своим окружением и внешними обстоятельствами своей жизни в меньшей степени связаны с уровнем тревожности их детей, чем все остальные компоненты психологического благополучия. Иными словами, показатели по шкале «управление средой» в большей степени варьируются различным образом среди всей выборки матерей, имеющих детей с разными уровнями тревожности, но при этом все же сохраняется тенденция того, что наиболее высокий балл по данной шкале у матерей соответствует более низкому уровню тревожности у их детей.

Таким образом, эмпирически доказано, что существует взаимосвязь уровня психологического благополучия матерей и уровня тревожности их детей среднего дошкольного возраста: при низком уровне психологического благополучия матерей отмечается высокий уровень тревожности у их детей.

При работе с детьми среднего дошкольного возраста, имеющими высокий уровень тревожности, целесообраз-

но применять различные методы психологического сопровождения, которые следует адресовать как матерям с целью улучшения показателей психологического благополучия, так и их детям, которые помогут дошкольникам проработать свои негативные переживания. Здесь уместно использование таких современных технологий, которые позволяют «прорабатывать» проблемы матери и ребенка в условиях совместной и единоличной деятельности: игровая терапия; различные методы арт-терапии: рисование красками с рассказом, рисование песком на световом столе; сказкотерапия и другие.

### *Библиографический список*

1. Абдраязкова А. М. Адаптация методики измерения психологического благополучия. М.: Издательство МГУ, 2002. 58 с.
2. Вербианова О.М. К вопросу о воспитании ребенка в молодой семье // Психолого-педагогические и социальные условия развития и воспитания ребенка: сборник научных статей по психологии детства / гл. ред. В.А. Ковалевский; отв. за вып. О.В. Груздева; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2016. С. 16–24.
3. Диагностика эмоционально-нравственного развития / под ред. И.Б. Дермановой. СПб.: Речь, 2002. С. 19–28.
4. Дубовик Е.Ю., Ковалевский В.А. Влияние типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста // Медицинская психология в России. 2012. № 1. С. 10–16.
5. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Союз, 2004. 43 с.
6. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 24 с.
7. Ширяева О.С. Психологическое благополучие личности в экстремальных условиях жизнедеятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск, 2008. 27 с.
8. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 69. 1995. P. 719–727.

**ОСОБЕННОСТИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
И ПСИХОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**PECULIARITIES  
OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION  
AND PSYCHOTHERAPY OF DEPRESSION  
AT CHILDREN AND ADOLESCENTS**

**Ж.Г. Василькова**

**Zh.G. Vasilkova**

*Депрессия, невротическая депрессия, психокоррекция и психотерапия.*

В статье представлен анализ возможных вариантов проявления депрессии у детей и подростков, рассматриваются основные подходы к психологической коррекции и психотерапии невротической депрессии у детей и подростков.

*Depression, neurotic depression, psychocorrection and psychotherapy.*

The analysis of possible options of display of a depression at children and adolescents is presented in article, the main approaches to psychological correction and psychotherapy of a neurotic depression at children and adolescents are considered.

Депрессия представляет собой психическое расстройство, характеризующееся «депрессивной триадой»: снижением настроения и утратой способности переживать радость (ангедония), нарушениями мышления (негативные суждения, пессимистический взгляд на происходящее и т. д.) и двигательной заторможенностью.

Депрессии у детей и подростков по своему происхождению делятся на психогенные (влияние социально-психологических факторов) и эндогенные (влияние вну-

тренних, биологических факторов). По течению депрессии можно выделить острые и хронические. Одной из распространенных форм проявления депрессии в детском и подростковом возрасте является соматизированная депрессия, когда она маскируется под соматические симптомы разных заболеваний органов и их систем [4].

По качественным особенностям выделяют следующие типологические варианты депрессии у детей и подростков:

- тревожный (пониженное настроение, беспокойство, тревога, чувство внутреннего напряжения, чаще по вечерам; непоседливость, излишняя двигательная, хаотичная активность, ускоренная речь; выражение на лице недовольства, грусти, испуга, которые нередко сменяются в течение короткого времени; затруднено засыпание, сон поверхностный, тревожный, с подъемами среди ночи и затрудненным пробуждением);

- астенический, при котором выражение лица унылое, грустное; двигательная активность детей снижена, наблюдается вялость в начале дня; голос негромкий, речь невыразительная, иногда замедленная; жалобы на общее недомогание, физическую и психическую утомляемость, скуку, нежелание что-либо делать, особенно во второй половине дня; раздражительны, засыпают рано, сон глубокий, пробуждение позднее с сонливостью в течение некоторого времени;

- тоскливый, при котором дети и подростки малоактивны, несколько заторможенные; лицо амимично, поза нередко сгорбленная; говорят тихим, затухающим голосом, с жалобно-просительными интонациями; жалуются на скуку, чувство подавленности, грусть, печаль, отсутствие радости в жизни, нелюбовь близких. К вечеру дви-

гательная активность несколько возрастает, мимика становится живее. Периодически испытывают нарушения сна в виде бессонницы, иногда ранние подъемы с невозможностью уснуть;

– смешанный (астенотревожный и тревожно-тоскливый): 1) астенотревожный вариант депрессии включает вместе с невыраженным аффектом тоски в основном астенические и тревожные проявления, редко истерические; 2) тревожно-тоскливый вариант депрессии наряду с тревожным аффектом включает более заметный тоскливый, а также рудиментарные истерические синестопатические и ипохондрические расстройства [4; 6].

Психокоррекция и психотерапия депрессии у детей и подростков зависят от причин и клинических проявлений.

В случае с эндогенной депрессией родитель с ребенком отправляется на консультацию к психиатру (психотерапевту), так как, помимо психокоррекции и психотерапии, такой ребенок нуждается в медикаментозной поддержке. Врачи в зависимости от формы депрессии и личностных особенностей пациента назначают антидепрессанты и другие препараты. Назначение лекарственных препаратов оправдано и в тех случаях, когда имеется дезадаптирующая ребенка реактивная депрессия на фоне посттравматического стрессового расстройства, острой реакции на стресс.

В остальных случаях (при разных вариантах психогенной депрессии) необходимо использовать возможности психологических методов и техник, подбор которых сугубо индивидуален и зависит от возраста ребенка, его индивидуально-типологических особенностей и социальной ситуации развития [3].

*Основные направления психокоррекции и психотерапии при невротических депрессиях*

1. Работа с когнитивной триадой «Я плохой», «Люди вокруг плохие» и «Перспектив нет». Работа над внутриличностными конфликтами, вызвавшими депрессию (в основе таких внутриличностных конфликтов лежат деструктивные убеждения «Люди всегда должны меня одобрять», «Родители не могут мне отказать в просьбах», «Я всегда должен получать пятерки и занимать первое место», «Жизнь должна быть без проблем» и пр.). Оптимальным подходом для этой цели является рационально-эмоциональная поведенческая терапия, в рамках которой прорабатываются иррациональные убеждения относительно себя, других людей и жизни в целом [1]. Данный подход используется, начиная с возраста 8–10 лет (в зависимости от когнитивных возможностей ребенка).

2. Коррекция самооценки (она, как правило, у детей и подростков с депрессией занижена).

3. Вербализация чувств – особенно это актуально для тех детей и подростков, у которых наблюдается соматизированная депрессия и имеют место алекситимические проявления.

4. Мотивирование к активной деятельности, стабилизация режима сна / бодрствования и питания.

5. Оптимизация детско-родительских отношений (при необходимости).

В работе с детьми дошкольного и младшего школьного возраста хорошо зарекомендовали себя арт-терапия, игровая терапия, куклотерапия, сказкотерапия. При любых видах невротической депрессии в подростковом возрасте необходимо использовать когнитивное и экзистенциально-гуманистическое направления консультирования и психотерапии [2].

Независимо от возраста при соматизированных депрессиях подходит телесно-ориентированная терапия, песочная терапия.

Чем старше ребенок, тем выше значение индивидуальных консультаций в психокоррекционном процессе. Особенно это актуально для подросткового возраста.

Таким образом, необходимо привлекать семью к психокоррекционной и психотерапевтической работе, особенно если депрессивное состояние ребенка, подростка подкрепляется со стороны других членов семьи психологическими выгодами (например, когда ребенок в состоянии депрессии, к нему родители предъявляют меньше требований и он получает больше внимания) [5].

#### ***Библиографический список***

1. Василькова Ж.Г. Психологическая коррекция невротической депрессии посредством рационально-эмоциональной поведенческой терапии // Традиции и перспективы исследований в сфере психокоррекции и психопрофилактики функциональных и эмоциональных состояний: коллективная монография. Саратов: Амирит, 2016. С. 168–184.
2. Василькова Ж.Г. Клиническая психология детей и подростков: учебное пособие. Красноярск, 2015. 156 с.
3. Дусказиева Ж.Г. Проблема соотношения факторов, определяющих здоровье // Психологическое здоровье населения: коллективная монография. Красноярск: Версо, 2015. С. 46–67.
4. Иовчук Н.М., Северный А.А. Депрессии у детей и подростков // Дефектология. Вып. 2. Лечебная педагогика и психология. М.: Школа-Пресс, 1998. 80 с.
5. Оудсхорн Д.Н. Семья ребенка-пациента // Психология семьи и больной ребенок: хрестоматия. СПб.: Речь, 2007. С. 56–61.
6. Родцевич О.Г., Гулякевич А.Ф., Радюк О.М. Тревога и депрессия в детско-подростковой соматической практике (алгоритмы диагностики и лечения): учебно-методическое пособие. Минск: БелМАПО, 2006.

**ОСОБЕННОСТИ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЖЕНЩИН,  
ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ  
СРЕДНЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL  
WELLBEING OF THE WOMEN RAISING  
CHILDREN OF MIDDLE PRESCHOOL AGE**

**О.М. Вербианова  
Г.В. Батурина**

**O.M. Verbianova  
G.V. Baturina**

*Психологическое благополучие матерей, характеристика компонентов психологического благополучия, уровни психологического благополучия, психологическое сопровождение.*

В статье раскрываются особенности психологического благополучия матерей в возрасте 25–35 лет, воспитывающих детей среднего дошкольного возраста. Выявлены особенности компонентов психологического благополучия у женщин с высоким и низким общим уровнем психологического благополучия. Определены проблемные компоненты, на основе которых разработаны мероприятия перспективного психологического сопровождения женщин с низким уровнем психологического благополучия.

*Psychological wellbeing of mothers, characteristic of components of psychological wellbeing, levels of psychological wellbeing, psychological maintenance.*

In article peculiarities of psychological wellbeing of mothers at the age of 25-35 years raising children of middle preschool age are revealed. Peculiarities of components of psychological wellbeing at women with the high and low general level of psychological wellbeing are revealed. Problem components on the basis of which actions of perspective psychological escort of women with the low level of psychological wellbeing are defined.

**П**сихологическое благополучие личности представляет собой целостное переживание и выражается в субъективном ощущении счастья, удовлетворенности собой и соб-



ственной жизнью, связанное с базовыми человеческими ценностями и потребностями [5; 6].

Проблема психологического благополучия в рамках детско-родительских отношений в настоящее время является малоизученной, поэтому особый интерес вызывает исследование данного феномена. Семья и в первую очередь мать играют существенную роль в поддержании психоэмоционального состояния ребенка [3], его психологического здоровья [4], в развитии регулятивных механизмов ребенка [2]. Поэтому важно изучить характеристику компонентов психологического благополучия матерей, детерминирующих особенности психического здоровья ребенка.

Диагностика психологического благополучия матерей осуществлялась с помощью опросника «Шкала психологического благополучия» (К. Рифф), позволяющего определить общий уровень благополучия, а также степень выраженности основных показателей психологического благополучия личности по шести субшкалам: «положительные отношения с другими», «автономия», «управление окружением (средой)», «личностный рост», «цель в жизни» и «самопринятие» [1; 7]. В исследовании приняли участие 40 женщин в возрасте от 25 до 35 лет, имеющих детей среднего дошкольного возраста.

Анализ полученных результатов показал, что у большинства испытуемых (77 %) отмечается низкий уровень психологического благополучия. Исходя из общих характеристик психологического благополучия, можно сказать, что матери с низким уровнем психологического благополучия характеризуются закрытостью, изолированностью и фрустрированностью в межличностных отношениях. Они могут быть зависимыми от мнений и оценок окружающих, неспособными влиять на жизненные обстоятельства и не испытывать ощущение самореализации, а также чувства на-

правленности, что может препятствовать достаточно четкой постановке жизненных целей и соответственно влиять на степень их достижения.

У 23 % испытуемых отмечается высокий уровень психологического благополучия. Такие матери в большинстве своем имеют доверительные отношения с окружающими, часто проявляют заботу по отношению к другим, при этом чувствуют себя достаточно самостоятельно и независимо; способны эффективно контролировать всю внешнюю деятельность и управлять ей; всегда открыты новому опыту и самореализации; имеют четкие намерения и цели в жизни; позитивно относятся к себе, принимая свои достоинства и недостатки.

С целью более глубокого анализа характеристик компонентов благополучия у матерей с высоким и низким уровнями психологического благополучия были найдены средние значения по компонентам внутри каждой подгруппы испытуемых. Результаты проведенных расчетов приведены в табл. 1.

*Таблица 1*

**Результаты средних значений компонентов психологического благополучия среди испытуемых с высоким и низким уровнем психологического благополучия**

| Общий уровень психологического благополучия | Компоненты психологического благополучия |           |                   |                 |              |              |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|-------------------|-----------------|--------------|--------------|
|                                             | позитивные отношения                     | автономия | управление средой | личностный рост | цели в жизни | самопринятие |
| Высокий                                     | 69,66 (+)                                | 55,77 (-) | 53,88 (+)         | 64 (+)          | 60,11 (+)    | 74,66 (++)   |
| Низкий                                      | 41,87 (-)                                | 41,38 (-) | 38,83 (-)         | 38,51 (-)       | 38 (-)       | 32,87 (-)    |

В скобках знаками «+», «++» и «-» указан результат сравнения среднего значения с нормативным показателем

(согласно методике), где «+» указывает на то, что показатель находится в пределах нормы, «-» свидетельствует о том, что показатель ниже нормативного, «++» указывает на превышение нормативного показателя.

Изучение количественных показателей и рейтинг выраженности компонентов психологического благополучия позволяет сказать, что для матерей с высоким уровнем психологического благополучия характерен высокий уровень самопринятия, что указывает на позитивное отношение к себе, знание и принятие положительных и отрицательных сторон своей личности. Кроме этого, у таких испытуемых отмечается выраженность позитивных отношений с окружающими, они склонны к установлению глубоких эмоциональных связей и привязанностей с окружающими. Для этой категории матерей характерно стремление к самореализации, а также наличие целей и намерений в жизни. В меньшей степени отмечается выраженность компонента «автономность», который характеризует собственную независимость и самостоятельность в рамках социальных взаимодействий, а также компонента «управление средой», который указывает на компетенции в управлении окружением, способности эффективного контроля внешней деятельности.

Анализируя средние показатели компонентов благополучия среди женщин с низким уровнем психологического благополучия, необходимо отметить, что в данной подгруппе показатели всех компонентов ниже нормативных значений. Так, наиболее выраженными компонентами для данной подгруппы являются «позитивные отношения» и «автономия». Наименее выраженным компонентом психологического благополучия в данной подгруппе является «самопринятие». На основании этого можно сделать вывод, что среди женщин с низким уровнем психологического благополучия отмечается важность установления позитивных отношений

с окружающими при одновременном стремлении к сохранению собственной автономии (независимости, самостоятельности). Низкие показатели по указанным компонентам психологического благополучия могут свидетельствовать о наличии фрустрации и неудовлетворенности у данной подгруппы женщин в сфере социального и межличностного взаимодействия. Кроме этого, уровень самопринятия является очень низким, что указывает на недовольство собой и своими личными качествами.

В подгруппе женщин с низким уровнем психологического благополучия важно определить наиболее «западающие» компоненты психологического благополучия. С этой целью мы обратились к выявлению разности среднего значения в подгруппе по каждому компоненту с его нормативным значением. Разность показателей переводилась в процентное выражение, приняв за 100 % нормативное значение по каждому из компонентов. Результаты произведенных расчетов представлены в табл. 2.

*Таблица 2*

**Результаты расчетов разности средних значений  
компонентов психологического благополучия  
и нормативных значений среди испытуемых  
с низким уровнем психологического благополучия**

|                       | Компоненты психологического благополучия |                |                           |                      |                      |                        |
|-----------------------|------------------------------------------|----------------|---------------------------|----------------------|----------------------|------------------------|
|                       | позитив-<br>ные от-<br>ношения           | автоно-<br>мия | управ-<br>ление<br>средой | личност-<br>ный рост | цели<br>в жиз-<br>ни | само-<br>приня-<br>тие |
| Нормативные значения  | 65±8,28                                  | 58±7,31        | 58±7,35                   | 65±6,04              | 64±8,19              | 61 ±9,08               |
| Средние значения      | 41,87 (-)                                | 41,38 (-)      | 38,83 (-)                 | 38,51 (-)            | 38 (-)               | 32,87 (-)              |
| Разность              | 23                                       | 17             | 19                        | 26,5                 | 23                   | 28                     |
| % разности компонента | (35,4 %)                                 | (29,3 %)       | (32,7 %)                  | (40,7 %)             | (36 %)               | (46 %)                 |

Наиболее «западающими» компонентами психологического благополучия среди испытуемых с низким уровнем психологического благополучия являются «самопринятие» (46 %) и «личностный рост» (40,7 %). На основании этого можно сделать вывод, что женщины с низким уровнем психологического благополучия обладают наименее выраженным принятием себя и в меньшей степени самореализовываются, что выражается в дефиците ощущения собственного развития.

Таким образом, по результатам проведенного анализа можно сделать ряд выводов. Во-первых, необходимо отметить, что наличие позитивных отношений с окружающими является наиболее значимым и существенным компонентом для испытуемых с разными уровнями выраженности общего показателя психологического благополучия.

Во-вторых, среди испытуемых с низким уровнем психологического благополучия отмечается наибольшая выраженность такого компонента психологического благополучия, как «автономия» и наименьшая выраженность компонента «самопринятие», «личностный рост». Это может указывать на стремление к независимому поведению в обществе, непринятие собственных недостатков, недостаточный уровень знания своих достоинств и на недостаточное ощущение собственного развития и личностного роста.

В-третьих, отмечены особые характеристики компонентов психологического благополучия у испытуемых с высоким уровнем психологического благополучия: наиболее выраженными компонентами являются «самопринятие», «позитивные отношения с окружающими», «личностный рост» и «наличие целей в жизни».

Результаты исследования указывают на необходимость разработки мер психологического сопровождения женщин с низким уровнем психологического благополучия, основ-

ная направленность которых должна ориентироваться на совершенствование таких компонентов психологического благополучия, как принятие себя и личностный рост.

В организации работы с данной категорией испытуемых целесообразно использовать методы и приемы работы, направленные на раскрытие личности и внутренних ресурсов [4]. Участие в ролевых тренингах позволит узнать свои личностные ресурсы и ощутить их дефициты. Участие в такой работе позволит на практике в ходе упражнений отработать коммуникативные навыки и различные стратегии поведения в специально смоделированных ситуациях, которые для клиента являются проблемными. Различные техники и методы арт-терапии позволят женщинам в символической форме проработать свои негативные эмоции, страхи и переживания, препятствующие принятию себя и личностному росту. Так, данным целям следуют мандала-терапия, рисование песком, пение, танцевально-двигательная терапия, написание рассказов и дневников, работа с метафорами и эмоциональными образами, использование историй, притч, сказок и других метафорических посланий для расширения восприятия, нового взгляда на хроническую проблему, обнаружения личностных ресурсов.

### ***Библиографический список***

1. Абдраязкова А. М. Адаптация методики измерения психологического благополучия. М.: Изд-во МГУ, 2002. 58 с.
2. Вербианова О.М. Развитие способности к саморегуляции детей дошкольного возраста в социальном пространстве семьи // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2015. № 2 (32). С. 184–188.
3. Доманецкая Л.В. Психология семьи и семейного воспитания. Красноярск, 2013. 134 с.

4. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. М.: Апрель Пресс, ЭКСМО-Пресс, 2000. Т. 1. 304 с.
5. Фесенко П.П. Осмысленность жизни и психологическое благополучие личности : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. 24 с.
6. Ширяева О.С. Психологическое благополучие личности в экстремальных условиях жизнедеятельности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск, 2008. 27 с.
7. Ryff C.D. The structure of psychological well-being revisited // Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 69. 1995. P. 719–727.

## **ИНКЛЮЗИЯ В ОБРАЗОВАНИИ КАК ФАКТОР СОХРАНЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

## **INCLUSION IN EDUCATION AS SAVING'S FACTOR OF CHILDREN'S MENTAL HEALTH**

**Т.А. Биндарева**

**T.A. Bindareva**

*Инклюзия, психическое здоровье, образование, инклюзивное образование, учебно-воспитательный процесс, психолого-педагогическое сопровождение, ограниченные возможности здоровья.*

В статье обсуждается инклюзия как инновация в российской образовательной системе; рассматриваются преимущества и возможности данной образовательной практики, а также проблемы психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья.

*Inclusion, mental health, education, inclusive education, teaching and educational process, psychological and pedagogical maintenance, disabled.*  
In article the inclusion as an innovation in the Russian educational system is discussed; advantages and the possibilities of this educational practice, and also a problem of psychology and pedagogical escort of disabled children are considered.

По данным института Возрастной физиологии РАО около 20 % детей, приходящих в школу, имеют нарушения нервно-психического здоровья пограничного характера, а к концу первого класса их число увеличивается до 60–70 % [5]. Таким образом, можно говорить, что обучение в школе является фактором риска для психологического и психического здоровья обучающихся.

Психическое здоровье – это состояние психологического и социального благополучия, при котором человек реализует свои возможности, эффективно противостоит жизненным трудностям и стрессу, осуществляет продуктивную осознанную деятельность и вносит свой вклад в развитие социума [9]. Существует несколько мнений о том, что может свидетельствовать о психическом здоровье и какие его составляющие являются обязательными. Большинство исследователей признаны следующие особенности: умение выстраивать отношения с окружающими; желание и способность работать (профессиональная деятельность, творчество); понимание этических норм; эмоциональная устойчивость; гибкость применения защитных механизмов; способность к рефлексии; адекватная самооценка (одна из составляющих психического здоровья – реалистичная самооценка, самовосприятие себя согласно действительным чертам характера и особенностям, реальное понимание своих слабых и сильных сторон характера).

Рассматривая вопрос психического здоровья детей, не можем не поднять проблему инклюзивного образования.

ЮНЕСКО понимает инклюзию как «позитивную реакцию на разнообразие учащихся и восприятие их индивидуальных отличий не как проблемы, а как возможность обогатить учение». Инклюзия – это процесс интеграции детей в общеобразовательный процесс независимо от их половой, этнической и религиозной принадлежности, прежних



учебных достижений, состояния здоровья, уровня развития, социально-экономического статуса родителей и других различий. Инклюзивное образование предполагает совместное обучение и доступность качественного образования для всех на основе создания образовательного пространства, соответствующего различным потребностям всех детей [8]. В международной практике старый термин «интегрированное образование», описывающий данный процесс только в отношении детей с особенностями психофизического развития, был заменен термином «инклюзивное образование», описывающим данный процесс в отношении всех детей. Инклюзивное образование – подход, в центре которого находится ребенок и его разнообразные образовательные потребности.

Совместное обучение детей-инвалидов и обычных (употребим это слово, подчеркнув тем самым, что для детей без инвалидности у нас корректного термина нет) детей невозможно без толерантного отношения к особенностям другого человека, без естественного принятия его, без базовой готовности к выстраиванию с ним дружеских, партнерских, а не конкурентных отношений. Дети, формируя свое отношение к другим людям и миру вообще, ориентируются на позицию, которую демонстрируют взрослые [1].

За последние десятилетия в России по объективным и субъективным причинам произошло существенное изменение отношения общества к лицам с проблемами здоровья и оценке возможностей детей с особыми образовательными потребностями. Психофизические нарушения не отрицают человеческой сущности, способности чувствовать, переживать, приобретать социальный опыт, а это не что иное, как составляющие компоненты понятия «психическое здоровье». Пришло понимание того, что каждому ребенку необходимо создавать благоприятные условия развития, учитывающие его индивидуальные образовательные потребно-

сти и способности. Формируется установка: к каждому ребенку подходить не с позиции, чего он не может в силу своего дефекта, а с позиции, что он может, несмотря на имеющееся нарушение [2].

Понимание потенциальных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) инициировало появление различных концепций включения их в жизнь общества. Речь идет об устранении барьеров между коррекционными и обычными классами в массовой школе, а также между специальными учреждениями и той же массовой школой, куда доступ некоторым категориям детей-инвалидов прежде был закрыт [8].

Инклюзивное образование уже давно эффективно реализуется в Дании, Норвегии, Швеции и Исландии и других европейских странах [7]. Инклюзивное образование – это первая инновация в российской образовательной практике, инициированная родителями детей-инвалидов и теми педагогами, психологами, кто верит в ее необходимость не только для детей с ограниченными возможностями, но и для всего образования в целом [3; 6].

Сторонники инклюзивного образования отмечают следующие преимущества и возможности данной образовательной практики: инклюзия позволяет преодолеть изоляцию ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что улучшает его социализацию; обеспечивает полноценное общение, игру и учение всем категориям детей с особыми образовательными потребностями; развитие толерантности и эмпатии у здоровых детей и их родителей; возможность активного участия в жизни школы (детского сада) детей с особыми образовательными потребностями; стимул педагогам для профессионального роста; полноценная речевая среда; создание в общеобразовательном учреждении специальных условий обучения для детей с особыми образовательными потребностями; создание гибкой адаптив-

ной образовательной среды, которая может соответствовать образовательным потребностям всех детей данной образовательной организации; подготовка ученического, педагогического и родительского коллективов к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья и создание таких условий обучения, которые являлись бы комфортными для всех детей и способствовали бы достижению максимального уровня развития, а также социальной реабилитации ребенка и его интеграции в общество.

Организуя работу по внедрению инклюзивного образования, необходимо учесть сложности реализации этого образовательного проекта, чтобы избежать рисков необдуманных инноваций, последствий тотального и плохо обеспеченного инклюзивирования. На данном этапе развития нашей системы образования необходимо взвешенно, поэтапно, обдуманно, комплексно решать проблемы нормативно-правового, материально-технического, кадрового, программно-методического и финансово-экономического обеспечения тех школ, которые готовы принять ребенка-инвалида, ребенка с ограниченными возможностями здоровья в свою общеобразовательную среду и продумывать свои шаги к системной реализации инклюзивной практики [4].

Говоря об инклюзивном образовании, следует отметить, что наиболее актуальной в данном контексте становится проблема психолого-педагогического сопровождения детей. Инклюзивное образование – это не только создание технических условий для беспрепятственного доступа детей-инвалидов в общеобразовательные учреждения, но и специфика учебно-воспитательного процесса, который должен строиться с учетом психофизических возможностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В образовательных учреждениях должно быть организовано качественное психолого-педагогическое сопровождение ребенка-инвалида, а также создан особый

морально-психологический климат в педагогическом и детском коллективах, основанный на понимании проблем, нужд ребенка-инвалида и на желании ему помочь.

Включение в учебно-воспитательный процесс инклюзивного образования напрямую затрагивает школьного психолога. Его роль в данном процессе – создание целостной системы поддержки, объединяющей отдельных детей и педагогов, целые классы и местное сообщество, делающей акцент на возможностях, а не на ограничениях детей. Другими словами, школьный психолог сопровождает изменение школьной корпоративной культуры и помогает учителям адаптироваться к новым вызовам профессии.

Суть психологического сопровождения ребенка-инвалида и детей с ОВЗ состоит в снятии нервно-психического напряжения; коррекции самооценки; развитии психических функций – памяти, мышления, воображения, внимания; преодолении пассивности; формировании самостоятельности, ответственности и активной жизненной позиции; преодолении отчужденности и формировании коммуникативных навыков.

В процессе инклюзивного обучения учитываются индивидуальные особенности познавательной деятельности, осуществляется дифференцированный подход, позволяющий преодолевать противоречия между школьными требованиями и учебными возможностями детей с задержкой психического развития. Это позволяет обеспечить полноценное психическое здоровье в процессе обучения детей данной группы.

У здоровых детей, проходящих через инклюзивное образование, появляется больше сочувствия, сопереживания и понимания, они становятся общительными и терпимыми. Инклюзивное образование резко снижает иерархические проявления в таком коллективе [8].

Таким образом, инклюзивное образование дает много преимуществ, способствуя сохранению психического здоровья как у детей с особыми образовательными потребностями, так и у здоровых детей.

### ***Библиографический список***

1. Алехина С.В., Зарецкий В.К. Инклюзивный подход в образовании в контексте проектной инициативы «Наша новая школа» // Психолого-педагогическое обеспечение национальной образовательной инициативы «Наша новая школа»: материалы VI Всероссийской научно-практической конференции. Москва, 14–16 ноября 2010 г. М.: МГППУ, 2010. С. 266.
2. Биндарева Т.А., Титова О.И. Инклюзия как образовательная инновация: возможности и ограничения // Социально-психологическое сопровождение лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию: проблемы и перспективы: материалы научно-практической интернет-конференции / сост. Н.В. Суворова. Красноярск, 2013. С. 99–103.
3. Инклюзивное образование в Европе и России: опыт, проблемы и перспективы: материалы и доклады конференции. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2010. 224 с.
4. Левитская А.А. Состояние и перспективы инклюзивного образования в России // Социальная педагогика. 2009. № 1. С. 4–7.
5. Метелкина Т.Н. Психологическое здоровье учеников и личностные особенности учителя // Эксперимент и инновация в школе. 2012. № 1. С. 50–53.
6. Чепель Т.Л. Инклюзивное образование как инновационный проект: опыт Новосибирской области // Инклюзивное образование: методология, практика, технологии. 2013. С. 30–32.
7. URL: [http://www.ng.ru/education/2013-10-08/8\\_special\\_school.html](http://www.ng.ru/education/2013-10-08/8_special_school.html)
8. URL: [http://ria.ru/disabled\\_know/20130830/959635715.html](http://ria.ru/disabled_know/20130830/959635715.html)
9. URL: <http://stanzdorovei.ru/zdorove/psikhicheskoe-zdorove.html>

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗРЕЛОСТИ МОТИВАЦИИ  
К РОЖДЕНИЮ ДЕТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН  
КАК УСЛОВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ  
БУДУЩЕГО РЕБЕНКА**

**THE FORMATION OF MATURITY OF MOTIVATION  
BY THE BIRTH OF CHILDREN AT PREGNANT  
WOMEN AS THE CONDITION  
OF MENTAL HEALTH OF FUTURE CHILD**

**Г.Г. Вылегжанина  
Н.Н. Беспамятных**

**G.G. Vylegzhanina  
N.N. Bepamyatnykh**

*Материнство, психическое здоровье ребенка, беременность, психологическая готовность к материнству, мотивационная готовность к материнству, зрелость мотивации к рождению ребенка, конструктивные мотивы, неконструктивные мотивы.*

В статье поднимается вопрос актуальности повышения качества материнства, осознанного подхода к рождению ребенка как условия его психического здоровья в будущем. Представляются способы выявления неконструктивных мотивов зачатия и сохранения беременности в рамках женских консультаций и возможности психокоррекционной работы, направленной на формирование зрелости мотивации к рождению детей.

*Motherhood, mental health of the child, pregnancy, psychological readiness for motherhood, motivational readiness for motherhood, motivation maturity by the child, s birth, constructive motives, not constructive motives.*  
In article relevance of improvement of quality of motherhood, conscious approach to the child's birth as conditions of his mental health in the future rises. Ways of identification of not constructive motives of conception and preservation of pregnancy within antenatal clinics and a possibility of the psychocorrectional work directed to formation of a maturity of motivation by the birth of children are represented.

**М**атеринство является важнейшей частью жизни женщины. Опыт материнства оказывает существенное

влияние на становление женской личности, ее жизненный путь, а мотивы, которыми она руководствуется при принятии решения стать матерью, часто не осознаваемые, имеют большое влияние на развитие последующих взаимоотношений матери и ребенка, характер которых определяет физическое и психическое здоровье будущего ребенка.

В настоящее время в России активно поднимаются проблемы защиты материнства и детства, внедряются программы поддержки матерей, имеющих детей. Но все же основной упор делается на повышение рождаемости. Мы считаем, что повышение качества жизни каждого отдельного человека, в том числе ребенка, также должно быть приоритетным направлением государственной политики и каждое государство должно быть в этом заинтересовано. Как отмечает Ю.И. Шмурак, в современном обществе появилась потребность в родителях, которые осознанно подходят к рождению ребенка.

В период беременности и в младенческом возрасте центральным и главным для формирования психически здоровой личности является общее чувство доверия. Другие ученые, например, К. Хорни, Д.В. Винникот, называют эту характеристику «уверенностью». Младенец, имеющий базальное чувство доверия, воспринимает весь мир как безопасное, стабильное место, а людей как дружелюбных, заботливых и надежных. Согласно Э. Эриксону, степень доверия к другим людям и миру зависит от качества получаемой им материнской заботы. При этом имеется в виду не уход, а уровень отношений [Райгородский, 1996, с. 243].

Отечественными психологами (Мещеряковой С.Ю., Солloed К.В. и др.) было доказано, что психические нарушения у детей и взрослых, переживших опыт материнской депривации в раннем детстве, носят зачастую необратимый характер и затрагивают когнитивную, эмоциональную сферы и сфе-

ру межличностных отношений. Это проявляется в снижении собственной инициативы, низкой самооценке и любознательности, речевых нарушениях, снижении способностей к образному мышлению, неспособности устанавливать глубокие, прочные межличностные связи, тенденции к изживенчеству. Для таких личностей свойственен сильный внутренний конфликт между обостренной потребностью в положительных эмоциональных контактах и неумением их завязывать [Мещерякова, 2000, с. 29; Солоед, 1997, с. 19].

Вышеобозначенные исследования подчеркивают важность влияния действий матери на гармоничное психическое развитие ребенка, а действия матери, ее отношение к будущему ребенку во многом определяются мотивами, которыми она руководствовалась при принятии решения стать матерью.

Таким образом, в психологической науке однозначно доказано влияние матери уже на самых ранних этапах развития ребенка на его дальнейшее психическое развитие.

С.Ю. Мещерякова, Г.Г. Филиппова, Ю.М. Шмурак вводят понятие «психологическая готовность к материнству», которое определяется как способность матери обеспечить своему ребенку адекватные условия для развития [Мещерякова, 2000, с. 20; Филиппова, 2002, с. 157; Шмурак, с. 6].

Мотивационная готовность является одним из аспектов понятия «психологическая готовность к материнству» и определяет качество материнства, критерием которого является субъектная или объектная ориентация в отношении к ребенку [Филиппова, 2002, с. 97].

Анализ литературы показал, что репродуктивные мотивации представляют собой совокупность внутренних и внешних движущих сил, побуждающих индивида к достижению разного рода целей и смыслов, обусловленных рождением ребенка.



Все мотивы зачатия и сохранения беременности можно разделить на две группы: конструктивные мотивы и неконструктивные мотивы.

Конструктивные мотивы не всегда осознаваемы, но всегда связаны с чувством любви к будущему ребенку. К ним можно отнести такие мотивы, как выражение благодарности любимому человеку и желание родить ребенка от него, стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке [Трушкина, 2012, с. 19].

И.В. Добряков выделяет следующие неконструктивные мотивы зачатия: укрепление отношений с мужчиной; изменение социального статуса; стремление соответствовать социальным ожиданиям; показать свою «взрослость»; заменить родившимся ребенком утраченного близкого человека; рождение «для здоровья»; получение определенных материальных выгод [Добряков, 2010, с. 173].

В 2016 г. нами было проведено исследование мотивов сохранения беременности у женщин, находящихся на наблюдении в женской консультации №1 г. Красноярска при Краевом государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Красноярский межрайонный родильный дом № 5».

Исследование проводилось с беременными женщинами (35 человек), имеющими срок беременности от 7 до 38 недель. При проведении исследования использовался метод анкетирования по опроснику Л.Н. Рабовалюк «Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ)». Опросник состоит из «паспортной» и «диагностической» частей. «Диагностическая часть» опросника состоит из 78 утверждений, объединенных в 10 блоков, а также есть графы для свободного ответа [Рабовалюк, 2012, с. 357].

Использование этого опросника позволяет получить мотивационный профиль женщины, отражающий структу-

ру ее мотивации к деторождению. Пример такого профиля показан на рис. 1.

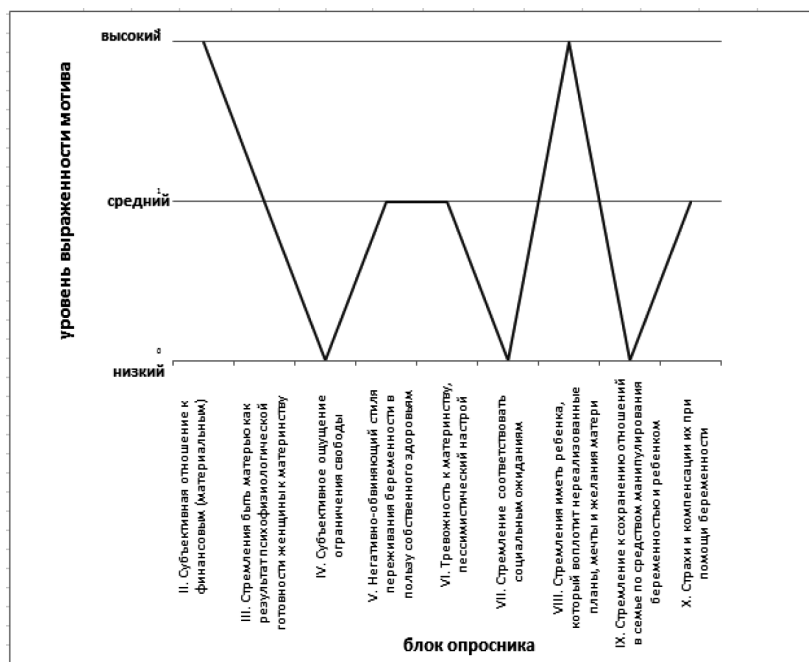


Рис. 1. Пример мотивационного профиля беременной женщины

Для женщины, чей мотивационный профиль представлен на рис. 1, беременность была не запланированной. Это женщина 28 лет, рабочая, в данный момент в браке не состоит, проживает с родителями. В анамнезе 2 медицинских аборта и 1 беременность, завершившаяся родами. Очевидно, что ее беременность наступила случайно и решение сохранить данную беременность вызвано далеко не конструктивными мотивами.

На рис. 2 представлена гистограмма, на которой отображено количество женщин, имеющих высокую выраженность того или иного мотива сохранения беременности.

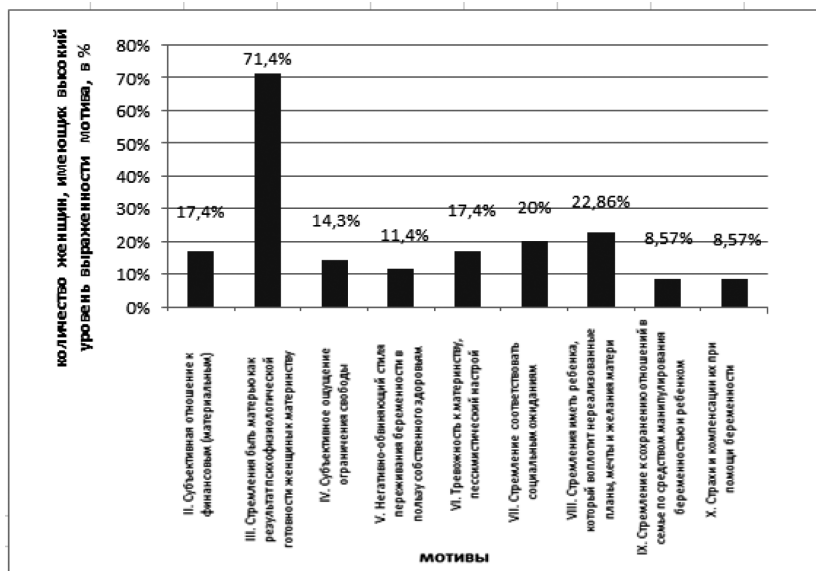


Рис. 2. Распределение выборочной совокупности женщин, имеющих высокую выраженность того или иного мотива сохранения беременности (в %)

У 71,4 % женщин был выявлен высокий уровень стремления быть матерью как результат психофизиологической готовности быть матерью. Для них характерны следующие утверждения: «хочу любить ребенка и заботиться о нем», «хочу ощутить радость материнства», «дети – это счастье», «в доме весело, когда есть дети». Однако, несмотря на высокий уровень по этому блоку опросника, у некоторых из них также были выявлены высокие уровни по блокам опросника, которые свидетельствуют о наличии неконструктивных мотивов сохранения беременности.

Так, 20 % беременных женщин сохраняют свою беременность, стремясь соответствовать социальным ожиданиям; 14,3 % проявляют некоторую неготовность в настоящий момент посвятить себя материнству из-за угрозы учебе

или карьере, нежелания вносить ограничения в свою жизнь; 17,4 % женщин обеспокоены материальным положением семьи; 11,4 % женщин испытывают обеспокоенность последствиями беременности для своего здоровья и внешности; 22,8 % имеют высокий уровень стремления иметь ребенка, который воплотит нереализованные планы и мечты матери, невоплощенные надежды; 8,57% используют свою беременность в манипулятивных целях как способ сохранить отношения с партнером либо как способ компенсировать с помощью ребенка собственные страхи или решить личностные проблемы.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, что со значительной частью беременных женщин требуется проведение психокоррекционных мероприятий по формированию зрелости мотивации к материнству.

В связи с этим, на наш взгляд, важное значение в поддержании и развитии конструктивных мотивов беременности, формировании зрелости мотивации к рождению ребенка отводится первичному звену здравоохранения, а именно женским консультациям.

Работа может проводиться как отдельно с конкретной беременной женщиной в рамках индивидуального консультирования, так и в группе в рамках «Школы материнства». Одной из форм такой работы является просветительская работа с молодыми девушками, учащимися вузов, училищ, колледжей, которые в будущем планируют создать семью, и молодыми семьями на стадии планирования беременности.

С целью формирования зрелости мотивации к рождению ребенка в рамках «Школы материнства» в женской консультации №1 было проведено занятие «Воспитание во время беременности». В ходе занятия будущие мамы с помощью техники «16 ассоциаций» Карла Юнга и «Ме-

тодики исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ)» Л.Н. Рабовалюк смогли определить свои истинные установки и мотивы, касающиеся будущего материнства, получить исчерпывающую информацию о том, что они могут сделать для своего будущего ребенка уже в период беременности для его полноценного физического и психического развития. Кроме того, в рамках этого занятия была проведена беседа о важности такого качества матери, как безусловная любовь и безусловное принятие своего будущего ребенка, способах его проявления в общении с ребенком, важности телесного физического контакта при взаимодействии с ребенком, особенно в первые годы его жизни.

Цель психологической работы с будущими родителями в рамках женских консультаций – содействие формированию ответственного и компетентного родителя. Работа психолога не должна сводиться к ответу на вопрос большинства будущих матерей о подготовке к родам, обучению техникам дыхания, обезболивания, снятия страха перед родами и т.п.

В отличие от большинства родителей, психолог представляет перспективы формирования родительской сферы, качества, которые потребуются от родителя на разных этапах развития ребенка. В его задачу входят диагностика мотивационной готовности к материнству на момент обращения и содействие в индивидуальной и групповой работе укреплению предпосылок для развития этих качеств [Пивоварова, Козлова, 2017, с. 397].

Как отмечает Г.Г. Филиппова, работа психолога, направленная на потребностно-мотивационный и ценностно-смысловой аспект психологической готовности к родительству, способствует формированию у родителей доверия к себе самим как к «достаточно хорошим родителям». Кро-

ме того, психолог содействует развитию интереса к ребенку, формированию средств, которые помогут взаимодействию с ним. Материнская ответственность начинается не после, а еще до рождения ребенка, и его воспитанием можно и нужно начать заниматься уже в период беременности [Филиппова, 2002, с. 213].

### *Библиографический список*

1. Добряков И.В. Перинатальная психология. СПб.: Питер, 2010. 272 с.
2. Махмутова Р.Х. Психология материнства: теоретические аспекты изучения мотивации материнского поведения // Вестник Удмуртского университета. 2010. № 2. Серия «Философия. Психология. Педагогика».
3. Мещерякова С.Ю. Психологическая готовность к материнству // Вопросы психологии. 2000. № 5. С. 28–37.
4. Пивоварова Ю.А., Козлова Т.В. Роль женских консультаций в поддержании мотивации сохранения беременности // Молодой ученый. 2017. №5. С. 396–400.
5. Рабовалюк Л.Н. Методика исследования мотивов сохранения беременности (МИМСБ) // Молодой ученый. 2012. № 6. С. 350–356.
6. Райгородский Д.Я. Теории личности в западно-европейской и американской психологии: хрестоматия по психологии. Самара: Бахрах, 1996. 480 с.
7. Солоед К.В. Психическое развитие младенцев в условиях материнской депривации: автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 1997. 26 с.
8. Трушкина С.В. Нормативные модели материнства у женщин с социально приемлемым и девиантным родительским поведением: автореф. ... дис. канд. психол. наук. М., 2012. 28 с.
9. Филиппова Г.Г. Психология материнства: учебное пособие. М.: Изд-во института психотерапии, 2002. 240 с.
10. Шмурак Ю.И. Опыт развивающегося пренатального воздействия // Народное образование. 1995. № 6.

**НОВОГОДНИЙ ФЕСТИВАЛЬ ЗДОРОВЬЯ:  
ОПЫТ ВОЛОНТЕРСКОЙ РАБОТЫ  
СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ДЕТЬМИ  
В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ**

**NEW YEAR'S FESTIVAL OF HEALTH:  
AN EXPERIENCE OF VOLUNTEER WORK  
OF MEDICAL UNIVERSITY'S STUDENTS  
WITH CHILDREN IN THE CHILDREN'S POLYCLINIC**

**А.В. Гордиец**

**Л.Н. Симакова**

**И.В. Турлак**

**М.Ю. Галактионова**

**С.В. Прокопенко**

**Л.Н. Сифоркина**

**М.Ю. Маслова**

**М.В. Лавыгина**

**A.V. Gordiets**

**L.N. Simakova**

**I.V. Turlak**

**M.Yu. Galaktionova**

**S.V. Prokopenko**

**L.N. Siforkina**

**M.Yu. Maslova**

**M.V. Lavygina**

*Студенты, медицинский университет, волонтеры, детская поликлиника, мелкая моторика, дети, проектная деятельность.*

В статье представлен опыт проведения волонтерской работы студентами медицинского вуза в рамках реализации проекта «Новогодний фестиваль здоровья». Данное мероприятие подготовлено и проведено сотрудниками и студентами медицинского университета с участием врачей детских поликлиник, специалистов центра здоровья и региональной общественной организации по восстановительной медицине. Студенты волонтеры подготовили проекты «Веселые ладошки» по развитию мелкой моторики у детей дошкольного возраста с различным уровнем здоровья. В рамках фестиваля здоровья состоялась защита проектов, были проведены мастер-классы для родителей и врачей детских поликлиник. Данный проект был положительно оценен практическим здравоохранением. С декабря 2015 г. «Фестиваль здоровья» проводится на клинической базе медицинского университета ежегодно в канун Нового года.

*Students, medical university, volunteers, children's out-patient department, fine motility, children, design activity.*

Experience of carrying out volunteer work of the medical university's students within implementation of the New Year's Festival of Health project is presented in article. This action is prepared and held by employees and students of medical university with participation of doctors of children's out-patient departments, specialists of the center of health and regional public organization on recovery medicine. Students volunteers prepared the projects «Cheerful Palms» on development of a fine motility in children of preschool age with various level of health. Within the festival of health protection of projects took place, master classes for parents and doctors of children's out-patient departments were held. This project was assessed by practical health care positively. Since December, 2015 «The health festival» is held on clinical base of medical university annually on the eve of New year.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определила здоровье как полное физическое, психическое и социальное благополучие. Таким образом, здоровье – это не только отсутствие болезни: это физическая, социальная, психологическая гармония; доброжелательные отношения человека с другими людьми, с природой и самим собой.

За рубежом добровольческая деятельность рассматривается как социально значимая, как вклад в социальный сектор и экономическое развитие общества. К ней относятся как к трансляции ценностей и традиций и как к возможности интеграции в общество незащищенных групп граждан [5]. В последнее время волонтерство набирает силу, становясь новым трендом современной российской реальности. Независимо от его формы (уход за нуждающимися людьми, взаимопомощь, оказание услуг, организация благотворительных общественных кампаний) добровольчество выражает стремление людей помочь ближнему и трудиться на благо общества. Особенно важно культивировать добро-



вольчество в молодежной среде, так как сформированное в молодые годы мировоззрение и культура поведения остаются у человека на всю жизнь [2].

В рамках ежегодного Послания Федеральному Собранию РФ в 2015 г. президент В.В. Путин назвал широкое вовлечение граждан в различные благотворительные акции особой приметой нашего времени. Президент просил Общественную палату и Агентство стратегических инициатив предметно заняться поддержкой волонтерских и благотворительных движений. Он также указал на необходимость держать эти вопросы под особым контролем. В Государственной программе «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2016–2020 годы» сказано о том, что необходимо «развитие волонтерского движения, являющегося эффективным инструментом гражданско-патриотического воспитания» [4].

Стратегия государственной молодежной политики в Российской Федерации, разработанная до 2016 г., также предполагает развитие волонтерского движения в России, реализацию государственной программы «Доброволец России». Проект «Доброволец России» адресован молодежи в возрасте от 14 до 25 лет.

Особый интерес к волонтерской деятельности проявляется в студенческой среде. Студенты являются наиболее мобильной группой населения, обладающей целеустремленностью и инициативностью. Неоспорим и тот факт, что активное саморазвитие современной молодежи, особенно в студенческой среде, требует социально признаваемой и социально одобряемой деятельности. В структуре современных волонтерских движений давно определились разнообразные формы, виды и продолжительность институциональной деятельности. Так, волонтерство, может быть «организованным и неорганизованным, осущест-

вляться в общественных и частных организациях, в группе и индивидуально. Группы волонтеров могут быть от двух и более человек [6].

Безусловно, плюсами волонтерской деятельности для студенческой молодежи являются: возможность самореализации, расширение социально значимых контактов, приобретение новых практических знаний и навыков, а также профессионального опыта. Из минусов можно выделить: возможные пропуски учебных занятий из-за участия в волонтерских мероприятиях, недостаточность свободного времени, эмоциональное выгорание и моральная усталость. Тем не менее участие студентов в волонтерской деятельности способно конструктивно решать важную задачу повышения профессиональной компетентности будущих специалистов за счет получения в добровольчестве первичного опыта участия в профессиональной деятельности, увеличения возможностей профессионального ориентирования и формирования базовых личностных и социальных компетентностей, необходимых для профессиональной деятельности [5; 6].

Современными исследованиями доказано, что волонтеры характеризуются высоким уровнем социального интеллекта (способностью понимать последствия поведения и смысл слов в зависимости от характера отношений), дружелюбия и альтруистичности, самоуважения, волевых качеств, экстравертированности, низким уровнем подозрительности [1].

Волонтерские акции – важный инструмент воспитательной работы студентов медицинского вуза – позволяют создать социальный лифт, развивают чувство патриотизма и гуманности к детям с различным уровнем здоровья и их родителям (рис. 1).



Рис. 1. Модель организации волонтерских движений в РФ

Добровольчество позволяет студентам в сфере проектной деятельности осуществлять моделирование индивидуальных маршрутов обучения, воспитания и развития обучающихся, а также собственного образовательного маршрута и профессиональной карьеры, заниматься исследовательской деятельностью, изучая личностные особенности и образовательные потребности различных категорий детей, перенимать и обобщать имеющийся педагогический опыт, участвовать в разработке и апробации инновационных образовательных технологий [3].



Цель исследования – разработка и апробация модели межкафедрального проекта волонтерского мероприятия для детей в детской поликлинике «Новогодний фестиваль здоровья “Веселые ладошки”».

### Задачи проекта

1. Популяризация волонтерства.
2. Разработка мастер-классов по развитию мелкой моторики для детей дошкольного возраста с различным уровнем здоровья.
3. Выстраивание внутренних и внешних коммуникаций.

#### Целевая аудитория мероприятия:

- дети – участники программы в возрасте от 0 до 7 лет;
- их братья, сестры, родители, бабушки и дедушки;
- врачи и медицинские сестры детской поликлиники, дневного стационара, центра здоровья, городского центра грудного вскармливания;
- волонтеры – студенты V курса педиатрического факультета медицинского университета;
- администрация ЛПУ, представители региональной общественной организации «Общество специалистов по восстановительной медицине»;
- профессорско-преподавательский состав двух кафедр медицинского университета.

На рис. 2 представлена модель психолого-педагогической подготовки волонтеров в студенческой среде, которая отражает цель, характеристики технологии, формы и принципы работы и этапы подготовки волонтеров [7].

Из результатов мероприятия были вынесены следующие отзывы:

- положительные эмоции, доброжелательная атмосфера, навык эффективной коммуникации, ощущение нужности другим, желание повторить в будущем. Студенты закрепили навыки работы в команде, навыки общения с детьми с разным уровнем здоровья, стали спокойнее и терпимее к детям и родителям, задумались о своей будущей профессии врача-педиатра.

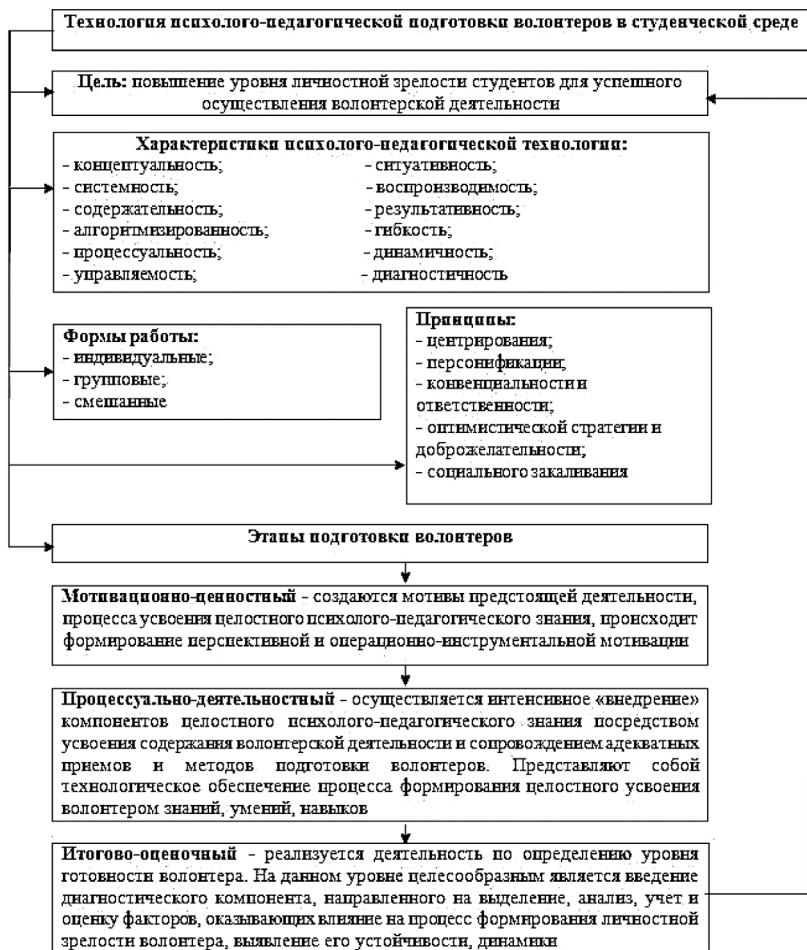


Рис 2. Модель психолого-педагогической подготовки волонтеров в студенческой среде

Жюри конкурса оценивало участников проекта в двух номинациях: защита проекта (рис. 3) и организация мастер-класса (рис. 4). Волонтеры закрепили опыт применения методик развития мелкой моторики у детей (краски, пальчиковые игры, плетение браслетов, раскрашивание, лепка, ори-

гами, перебирание крупы). В рамках новогодней акции проводился мастер-класс по изготовлению рождественских ангелов из подручных материалов, снежинок, новогодних елочных украшений, состоялся праздник вокруг елки с подарками, с Дедом Морозом и Снегурочкой (рис. 5).



*Рис. 3. Работа жюри по защите проектов студентов*

Таким образом, для повышения общественного статуса волонтерской деятельности в вузах и мотивирования к волонтерству наибольшего процента учащейся молодежи необходимо систематически и планомерно реализовывать на базе вузов такие мероприятия в детских поликлиниках города. Координаторам волонтерской деятельности необходимо не только учитывать существующую мотивацию волонтеров, но и способствовать ее развитию с помощью специальных программ и отдельных мероприятий. В целях стимулирования студентов следует использовать такие хорошо зарекомендовавшие себя формы, как выдача специального документа – «Личной книжки волонтера» за подписью ру-

ководителя организации, где будет зафиксирован практический опыт волонтерской деятельности.



*Рис. 4. Мастер-классы для малышей и родителей*





*Рис. 5. Праздник вокруг елки с Дедом Морозом и Снегурочкой*

Для поддержания положительного имиджа волонтера необходимо организовывать награждение лучших студентов-волонтеров почетными грамотами и благодарственными письмами в торжественной обстановке, премировать отличившихся волонтеров, описывать опыт волонтерской работы в портфолио при поступлении для обучения в ординатуру. Таким образом, волонтерская деятельность может выполнять нравственную функцию возрождения в молодежной среде фундаментальных ценно-



стей – милосердия, справедливости, гуманности, отзывчивости, доброты.

### *Библиографический список*

1. Блужин Е.А. Волонтерский коллектив студентов как субъект социально ориентированной деятельности // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2015. № 1 1(129). С. 56–60. DOI: 10.5930/issn.1994-4683.2015.11.129. Р. 56–60.
2. Галактионова М.Ю., Маисеенко Д.А., Савельева Е.А. Организация волонтерского движения в Красноярском государственном медицинском университете им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 3. С. 97–100.
3. Герлах И.В., Спирина В.И. Добровольчество в профессиональной подготовке будущих педагогов // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. 2016. Т. 22. С. 202–206.
4. Государственная программа «Патриотическое воспитание граждан Российской Федерации на 2016–2020 годы». Утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2015 года №1493. [Электронный ресурс]. URL: <http://government.ru/media/files/qqYUwwzHUXzVkH1jsKAErrx2dE4q0ws.pdf> (дата обращения: 11.04.2016).
5. Капустина А.Н. Волонтерская деятельность как ресурс самореализации личности // Universum: Психология и образование: электрон. научн. журн. 2016. № 3–4 (22). URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/3042>
6. Паклина Е.А. Условия мотивации студенческой молодежи к волонтерской деятельности в высших учебных заведениях // Вестник КемГУКИ. 37/2016. С. 199–203.
7. Поднебесных Е.Л., Зёлко А.С. Модель психолого-педагогической подготовки студентов-волонтеров в высшей школе // Образование и педагогические науки. Историческая и социально-образовательная мысль. 2015. Т. 7, № 7. Ч. 2. С. 264–269.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПРОФЕССИОНАЛА

### PSYCHOLOGICAL HEALTH OF THE PROFESSIONAL

М.В. Горнякова

M.V. Gornyakova

*Психическое здоровье, психологическое здоровье, профессионализм, личностно-нравственные качества, профессиональная идентичность, новая социальная реальность, компетентностный подход, аксеологический подход, факторы психологического здоровья профессионала.*

Психологическое здоровье профессионала рассматривается в контексте проблем профессиональной идентичности. Определяются детерминанты психологического здоровья на основе современных мировых тенденций в сфере управления персоналом и актуализируются вопросы психологического сопровождения профессиональной деятельности педагога.

*Mental health, psychological health, professionalism, personal and moral qualities, professional identity, new social reality, competence-based approach, axiological approach, factors of psychological health of the professional.*

Psychological health of the professional is considered in the context of problems of professional identity. Determinants of psychological health on the basis of current world trends in the sphere of human resource management are defined and questions of psychological maintenance of professional activity of the teacher are staticized.

В решении проблем сохранения и укрепления здоровья нации все большее значение придается созданию здоровьесберегающей и здоровьеразвивающей среды в образовательных учреждениях. Основное внимание при этом сосредоточено на здоровье детей и подростков. На наш взгляд, говорить о психологическом здоровье детей в отрыве от вопросов психологического здоровья взрослых бессмысленно.

но. Сохранность психологического здоровья детей и подростков напрямую зависит от того, насколько благополучно чувствуют себя взрослые, их окружающие и с ними взаимодействующие. И, конечно, в полной мере это правомерно в отношении педагогов и специалистов, включенных в образовательный процесс.

Возрастающие требования к качеству образования, формализация процесса обучения, ориентированного в большей степени на получение высоких аттестационных результатов учащихся, чем на сущностные цели образования, приводят к потере истинной ценности профессии учителя, смысловых ориентиров профессиональной педагогической деятельности. «Детоцентрированное» обучение сегодня привело к тому, что личность педагога сместилась на обочину системы образования. Сам учитель давно не принадлежит себе – он один из элементов постоянной битвы за успеваемость, дисциплину и высокие баллы ЕГЭ» [Раитина, 2017].

К сожалению, сегодня становится привычным и обыденным обсуждение поведения педагогов как «непрофессионального». Инфантилизм, излишняя экспрессивность, снижение способности к саморегуляции действительно имеют место в современной школе. Личность учителя – это основной инструмент его профессиональной деятельности, поэтому сохранение и развитие психологического здоровья педагога как профессионала имеют особую значимость.

Справедливости ради скажем, что вопросы профессионализма остро стоят не только в сфере образования. Мировая практика показывает, что тема сохранения и развития здоровья сотрудников является одной из центральных точек приложения управленческих усилий на предприятиях и в организациях разных профессиональных областей. Международные исследования в области управления персоналом показывают, что более 80 % организаций испыты-

вают потребность в оптимизации микроклимата в коллективах, «оздоровления» рабочей атмосферы, почти 75 % организаций целенаправленно работают на создание условий для комфортного пребывания сотрудников в организации.

Так что же представляет собой категория психологического здоровья профессионала в контексте психологической науки и практики? Очевидно, что определяющими здесь выступают два понятия: «психологическое здоровье» и «профессионализм».

Понятие психологического здоровья рассматривается сегодня, как правило, в контексте общего понимания здоровья, зафиксированного в уставе ВОЗ как «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», и в сравнении с понятием «психическое здоровье». Среди критериев психического здоровья выделяются: осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического Я; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях; критичность к себе, к своей собственной психической деятельности и ее результатам; адекватность силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям; способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами; способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать ее; способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств и пр. [9].

В таком трехмерном смысловом поле психологическое здоровье определяется через следующие характеристики:

- благополучие как субъективное переживание удовлетворенности собственной жизнью, чувство целостности и гармоничности внутреннего Я;

- стрессоустойчивость как способность противостоять сложным, непредсказуемым ситуациям;
- продуктивность как способность достигать результатов в трудовой деятельности и в целом в жизни;
- самореализация как субъективное переживание чувства «достижимости» поставленных целей, востребованности и значимости своей деятельности, возможности реализации потенциала;
- общественная значимость как интегрированность человека в значимые общности и способность вносить вклад в их развитие.

Анализ современных подходов к изучению психологического здоровья позволяет выделить следующие его компоненты.

Личностно-нравственный компонент определяется в рамках гуманистической психологии через просоциальную направленность личности, которая предполагает интеграцию в общность при сохранении собственной психологической автономии и благожелательной открытости к людям, достаточную силу Я, способность к эмпатии, мотивированию других и пр. (Э. Фромм, А. Маслоу, В. Франкл, В.Н. Мясищев). Современная трактовка содержания данного компонента определяет психологическое здоровье во взаимосвязи с убеждениями индивида, которые могут осознаваться и не осознаваться, локализуясь на уровне подсознания и определяя самочувствие и поведение человека [Чернакова, 2010, с. 98].

Эмоциональный компонент описывается через такие характеристики, как эмоциональная стабильность, стрессоустойчивость, эмоциональный тонус. В качестве характеристик сниженного психологического здоровья выступают состояние тревоги, синдром эмоционального выгорания, депрессия, уныние, агрессия, чувство непризнанно-

сти, недооцененности и т. д. (Б.С. Братусь, О.В. Васильева, Л.Д. Демина, М.С. Чернакова).

Поведенческие проявления. Как правило, в этом компоненте в качестве характеристик перечисляются адаптивность, адекватность, конструктивность и гибкость поведения человека в разных жизненных ситуациях.

Вторым понятием, определяющим психологическое здоровье профессионала, является понятие профессионализма как некой меры и степени совершенства, которой достигает человек в своей деятельности, поднимаясь на высшую ступеньку мастерства в своем роде занятий. Профессионализм выступает одновременно не только как деятельностная характеристика индивида, но и как нравственная категория – ответственность, которая корректирует процесс профессионального роста специалиста.

Сегодня категория профессионализма в научном контексте неразрывно связана с понятием профессиональной идентичности, которая рассматривается как одна из существенных интегративных характеристик субъектности человека (Е.П. Ермолаева, Д.И. Завалишина, Ю.П. Поваренков, А.А. Реан, Д.В. Ронзин, Л.Б. Шнейдер); в неразрывной связи с вопросами жизненного самоосуществления и жизнестойкости личности (И.О. Логинова, О.В. Лукьянов, Н.Т. Селезнева, Н.В. Рубленко); как центральный элемент зрелости и целостности личности взрослого человека (К.А. Абульханова, Л.И. Анцыферова, А.А. Бодалев).

Постулирование профессиональной идентичности в категориях субъектности, активности, ответственности и личностной свободы позволяет увидеть проблему профессионализма во взаимосвязи с проблемами самоопределения, осуществления выбора, осмысленного и ответственного построения своего жизненного пути, саморазвития и самоактуализации [Красникова, 2103, с. 167].

Думается, что правомерным является рассмотрение психологического здоровья профессионала в смысловом поле становления и развития профессиональной идентичности. Собственно, такое понимание профессионализма подводит нас к тому, что определяющими для психологического здоровья профессионала выступают именно личностно-нравственные качества. «Сбои» в этой области детерминируют изменения в зоне эмоций и поведения.

Новая социальная реальность усиливает глобальность и нестандартность стоящих перед человеком задач, проявляет несостоятельность стандартных способов жизненного уклада и решения проблем и актуализирует необходимость искать новые творческие решения.

Логично предположить, что психологическое здоровье профессионала напрямую зависит от того, какими качествами он обладает, насколько сильным и целостным является его внутреннее Я. Понимание внутренних факторов, влияющих на психологическое здоровье профессионала, происходит в рамках двух подходов: компетентностного (выход на важные личностные и деловые качества, способствующие сохранению и развитию психологического здоровья) и аксиологического (гармонизация стратегических целей профессиональной деятельности с жизненными и карьерными целями человека).

В качестве основных компетенций, определяющих успешность современного человека, социологи и социальные психологи выделяют открытость новому и проактивность, научным прототипом которых выступает категория «надситуационной» или «неадаптивной» активности как «особая направленность целеполагания, состоящая в привлекательности для индивида действий с непредрежденным исходом» [Петровский, 1992, с. 43]. Именно способность современного человека не просто оперативно реагировать на изменения

социальной среды, встраиваться в новые условия жизни и деятельности, но и самому продуцировать изменения позволяет сохранять целостность и автономность своего Я в условиях ускорения темпа социальных перемен. Стремление человека к осмысленной профессиональной деятельности, обретению вдохновения и возможностей самореализации в рамках своей профессии побуждает современные организации целенаправленно работать над поиском решений по созданию условий, максимально учитывающих личностно-нравственные качества и ценностные ориентации специалистов.

Создание условий для развития важных личностных компетенций и поддержка благополучия профессионала продиктованы жизненной необходимостью: без заинтересованных, включенных в общее дело сотрудников, без сильных профессионалов организация не в состоянии достигать поставленных целей и быть конкурентоспособной в условиях современной рыночной экономики. Наиболее важными в этом отношении направлениями, по данным агентств, занимающихся исследованиями в области управления персоналом, являются следующие:

- организационный дизайн – работа над построением эффективных опытных команд, формирование коллективных отношений;

- новая модель лидерства – руководитель выступает как наставник, а основная его задача – развитие других;

- культура и вовлеченность – создание среды и внимательное отношение к тому, как к этой среде относится коллектив и каждый профессионал в отдельности, насколько среда мотивирует и дает удовлетворение от труда;

- обучение – непрерывное повышение квалификации, обогащение опыта и освоение новых современных профессиональных технологий. Важно, что обучающие программы при этом подбираются не только с точки зрения общих про-



фессиональных требований, но и на основе потребностей и интересов самих профессионалов;

– дизайн-мышление – сдвиг организационной парадигмы от процессного мышления к «человечности», построение деятельности, осмысленной и имеющей значимость не только для организации, но и для профессионала. Действительно, «если деятельность выступает как личностно значимая, жизненно важная, то регуляция текущих состояний практически не требуется – происходит общая мобилизация, подъем всех сил человека, в иных случаях преодоление усталости требует особых волевых усилий» [Абульханова, 2016, с. 165]. Следовательно, создание включенности, мотивация позволяет значительно нарастить эффективность достижения результатов.

Таким образом, становление и развитие профессионализма, сохранение и развитие здоровья профессионала – это вопросы, которые сегодня определяют направления развития современных организаций. Понимание интересов, ценностных ориентиров, потребностей профессионала и создание условий для самоактуализации – условие сохранения его психологического здоровья и залог успешности организации. Подобная работа в сфере образования необходима. Педагог сегодня нуждается в переосмыслении своего самоосуществления в профессии, «учителю пора остановиться, выдохнуть и незамыленным взглядом оценить свое место в жизни и в школе... учителей нужно учить заботиться о себе и своем психическом и физическом здоровье, правильно планировать свое время, коммуницировать, создавать комфортное пространство вокруг себя, адекватно оценивать свои и чужие ресурсы, импровизировать, быстро переключаться» [Раитина, 2017]. Сегодня педагоги находятся за рамками существующей модели психологического сопровождения и вынуждены самостоятельно справляться со всеми трудностями. Такая

ситуация требует кардинальных мер. Психологическое сопровождение педагога как одного из центральных субъектов образовательного процесса, обеспечивающего его оптимальную реализацию, не может оставаться без внимания к своим потребностям и интересам, к своему внутреннему миру. Психологическое здоровье профессионала в сфере образования – неотъемлемая часть системы психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса.

### *Библиографический список*

1. Абульханова К.А. Мировоззренческий смысл и значение категории субъекта // Вестник КГПУ. 2016. № 4. С. 162–168.
2. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981. 319 с.
3. Бодалёв А.А. О характеристиках идентификации и идентичности на ступени взрослости // Мир психологии. 2004. № 2 (38). С. 75–81.
4. Красникова Ю.В. Профессиональная идентичность как основной элемент профессионального воспитания // Актуальные вопросы современной педагогики: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Уфа, ноябрь 2013 г.). Уфа: Лето, 2013. С. 167–169.
5. Малютина Т.В. Профессиональная идентичность и ее компоненты // Омский научный вестник. №5. 2014. С. 149–152.
6. Петровский В. А. Психология неадаптивной активности. М.: Горбунок, 1992. 224 с.
7. Раитина Т.В. Чему хотят учиться российские учителя. URL: <http://lm.facebook.com>
8. Результаты «Международного исследования тенденций в сфере управления персоналом – 2016»: основные выводы. URL: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte...human...2016...>
9. Устав (Конституция) Всемирной организации Здравоохранения. URL: <http://docs.cntd.ru/document>
10. Чернакова М.С. Психологическое здоровье личности // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2010. № 16–1. С. 97–103.

# МЕСТО И РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РАЗВИТИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПЕДАГОГОВ ДЕТСКОГО САДА

## THE PLACE AND ROLE OF INTERACTIVE ACTIVITY IN THE DEVELOPMENT OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF TEACHERS IN THE KINDERGARTEN

И.Г. Каблукова  
Н.В. Петренко

I.G. Kablukova  
N.V. Petrenko

*Методическая деятельность, профессиональная компетентность педагога, диалогический характер взаимодействия, интерактивная деятельность.*

Статья посвящена вопросам организации методической деятельности, направленной на развитие профессиональной компетентности педагогов детского сада. Внимание акцентируется на важности диалогического характера взаимодействия и профессионального общения как необходимого условия и формы организации методической деятельности в детском саду. Показана роль интерактивной деятельности в развитии профессиональной компетентности педагогов детского сада как одной из форм диалогического взаимодействия.

*Methodical activity, professional teacher's competence, dialogical nature of interaction, interactive activity.*

Article is devoted to questions of the organization of the methodical activity aimed at the development of professional competence of teachers of kindergarten. The special attention is focused on importance of dialogical nature of interaction and professional communication as necessary condition and form of the organization of methodical activity in kindergarten. The role of interactive activity in development of professional competence of teachers of kindergarten as one of forms of dialogical interaction is shown.

Происходящие в отечественной системе образования перемены меняют угол зрения на профессионализм педагогов. Профессиональная компетентность работников об-

разования сегодня рассматривается как важнейшее условие улучшения его качества. Современный педагог должен быть мобильным, готовым к переменам, способным к нестандартным трудовым действиям, ответственным и самостоятельным в принятии решений. Помочь педагогу «оказаться во времени» и создать необходимые условия для профессионального развития способна методическая служба ДОО.

В каждом детском саду сегодня создана и действует методическая служба, возглавляемая старшим воспитателем. Возникновению такой службы мы обязаны Постановлению ЦК КПСС и Совета министров СССР «О мерах по дальнейшему развитию детских дошкольных учреждений, улучшению воспитания и медицинского обслуживания детей дошкольного возраста» от 21.05.1959, а также появлению типовой образовательной программы для дошкольных организаций, что позволило определить единое содержание образования детей дошкольного возраста во всех детских садах страны и предъявлять общие требования к деятельности воспитателей. Все это привело к возникновению в 1971 г. новой должности воспитателя – методист, занимающегося организацией методической работы, которая в 1984 г. была переименована в должность старшего воспитателя.

С новой службой и должностью в детском саду появляются первые научные работы по организации методической деятельности, в которых выделяются ее основные направления: проведение контроля в детском саду, планирование педагогического процесса, организация работы методического кабинета, обобщение передового педагогического опыта, организация педагогических совещаний [Васильева, Бахтурина, Кобитина, 1990]. Л.В. Поздняк в работах раскрывает несколько другие направления методической деятельности, такие как: организация опытно-экспериментальной работы в детском саду и повышение квалификации педагогов внутри дошкольного учреждения.

Таким образом, введение должности воспитателя-методиста позволило определить сущность методической деятельности и выделить основные направления его работы в детском саду. В то же время это привело к усложнению деятельности методиста в целом и реализации преимущественно тех целей методической деятельности, которые ориентированы на выполнение общих приоритетных задач учреждения, оставляя без внимания помощь педагогам детского сада в решении профессиональных задач.

Ряд документов, принятых в последние два десятилетия: «Концепция дошкольного воспитания», «Типовое положение о дошкольных образовательных учреждениях», ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования, профессиональный стандарт педагога, коренным образом повлияли на деятельность детского сада в целом и его методической службы в частности, заставив пересмотреть особенности организации методической деятельности в детском саду и обратить внимание на личность педагога, на его индивидуальный педагогический опыт, акцентировав внимание на оказании помощи в преодолении тех профессиональных трудностей и проблем, которые возникают у педагогов в ходе решения профессионально-педагогических задач [Третьяков, Митин, Бояринцева, 2003].

Таким образом, происходящие изменения в требованиях, предъявляемых к профессиональной деятельности современного педагога детского сада, влекут за собой изменения в существующей практике организации методической деятельности, требующие переноса акцентов в ее содержании с контроля и надзора за работой педагога на оказание профессиональной помощи в решении проблем и трудностей, возникающих у педагогов в реальных условиях детского сада, что позволяло бы дифференцированно подхо-

дить к развитию педагогической компетентности каждого, учитывая его особенности и возможности. Вышесказанное обусловило необходимость изменения способов организации методической деятельности в детском саду.

Выбирая способы организации методической деятельности для развития профессиональной компетентности педагога, мы обратились к субъектам методической деятельности, в первую очередь педагогам. В работах современных исследователей отмечается, что психофизиологические и личностные особенности педагогов определяют дидактическую специфику методической деятельности, проявляющуюся не только в целях и содержании, но и в использовании особых форм и методов организации этой деятельности.

Важной и неотъемлемой частью является субъектная позиция педагога в системе отношений «старший воспитатель – педагог», которая возникает и развивается только при диалогическом характере взаимодействия и профессионального общения. Таким образом, диалог выступает как необходимое условие и форма организации методической деятельности в детском саду [Каблукова, 2006].

Диалог как способ общения людей и метод получения знаний был введен еще Сократом и содержательно был направлен на созидание личности человека, его воспитание и социализацию. В современной науке феномен диалога изучен глубоко и многоаспектно (М.М. Бахтин, В.С. Библер, В.В. Сериков и др.).

Диалог предполагает общение двух равных, независимых «субъектов», имеющих право на собственную точку зрения и, соответственно, на ее аргументацию. Это партнерское взаимодействие, обмен взглядами, идеями, позициями, где нет одностороннего давления логики одного на логику другого. Диалог – это сотворчество его участников. По мнению М.М. Бахтина, истина не рождается и не находится

в голове отдельного человека, она рождается между людьми, совместно открывающими истину, в процессе их диалогического общения [Бахтин, 1986]. Данные рассуждения свидетельствуют о деятельностной характеристике диалога.

В.В. Сериков рассматривает диалог как специфическую социокультурную среду, создающую условия для обособления своего отношения к определенной жизненной ситуации, «ревизии» прежних смыслов, принятия личностью нового опыта [Сериков, 1999]. Такая деятельность обеспечивает реализацию рефлексии и опыта ценностного выбора.

Таким образом, диалог выступает сегодня не просто методом и формой, но становится приоритетным принципом организации методической деятельности в детском саду и может осуществляться лишь в системе субъект-субъектных отношений. Дальнейшей задачей является поиск средств, с помощью которых можно активизировать разворачивание диалога в процессе организации методической деятельности в детском саду.

В современной психолого-педагогической науке утвердилось представление о том, что организация и развитие диалогового общения, ведущего к взаимодействию и взаимопониманию, совместному решению и принятию наиболее общих, но значимых для каждого участника профессиональных задач, происходит в интерактивной деятельности. В дословном переводе с английского «интерактив» означает «взаимодействующий». Интерактивная деятельность – это способ ее организации в режиме диалога [Мухина, Соловьева, 2004].

К числу основных достоинств интерактивной деятельности в методической работе детского сада следует отнести ее вклад в стимулирование интереса и мотивации к самообразованию педагогов; развитие активности и самостоятельности в поиске, внедрении и разработке инновационных путей организации образовательного процесса в ДОО; актуализацию мыслительных операций (анализа, синтеза и др.) и рефлексии

собственной профессиональной деятельности; оптимизации стремления к сотрудничеству, эмпатии [Колеченко, 2006].

К основным формам организации интерактивной деятельности в практике организации методической работы детского сада с целью развития профессиональной компетентности педагога относят: тренинги, деловые игры, профессиональные конкурсы и соревнования, решение педагогических ситуаций, мастер-классы, творческие гостиные, устные журналы, творческие группы. Все перечисленные формы организации интерактивной деятельности исключают доминирование одного выступающего и одного мнения [Змеев, 2002], что обеспечивает обратную связь, откровенный обмен мнениями, формирует положительные отношения между участниками диалога.

Все перечисленные формы организации интерактивной деятельности педагогов могут быть использованы как изолированно (т. е. как самостоятельное методическое мероприятие), так и в сочетании с другими формами в рамках одного методического мероприятия. Так, например, на занятиях «Школы профессионального мастерства» педагоги становятся участниками коллективных деловых игр, в ходе которых используется решение педагогических ситуаций, элементы тренинга и мастер-классов.

Таким образом, применение разнообразных форм организации интерактивной деятельности позволяет активизировать деятельность педагогов на педсоветах и семинарах, создавать условия для самостоятельной и творческой работы, стимулировать умение работать коллективно, плодотворно сотрудничая друг с другом, развивать их профессиональную компетентность.

Подводя итоги предпринятому нами теоретическому анализу о роли интерактивной деятельности и обобщению опыта такой деятельности в методической работе, хотелось бы отметить, что она стимулирует, обеспечивает, создает необходимые и достаточные условия для развития профессио-



нальной компетентности педагогов детского сада, являясь одним из средств, с помощью которого можно активизировать разворачивание диалога в процессе организации методической деятельности в детском саду. В свою очередь, диалог выступает сегодня не просто методом и формой, он становится приоритетным принципом организации методической деятельности в детском саду и может осуществляться лишь в системе субъект-субъектных отношений. Наличие субъект-субъектных отношений отрицает в содержании методической деятельности детского сада ориентации на контроль и надзор за работой педагога. Она ориентирована на оказание профессиональной помощи в решении проблем и трудностей, возникающих у педагогов в реальных условиях детского сада, что позволяет дифференцированно подходить к развитию педагогической компетентности каждого, учитывая его особенности и возможности.

#### ***Библиографический список***

1. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества / сост. С. Г. Бочаров. 2-е изд. М.: Искусство, 1986. 445 с.
2. Васильева А.И., Бахтурина Л.А., Кобитина И.И. Старший воспитатель детского сада. М.: Просвящение, 1990. 144 с.
3. Змеев С.И. Технология обучения взрослых: учеб. пособие для студентов высших учебных заведений. М.: Академия, 2002. 128 с.
4. Каблюкова И.Г. Актуализация нравственно-гуманистических аспектов профессиональной компетентности будущих социальных педагогов // Педагогическая наука и образование Восточной Сибири: материалы 15 традиционного годичного собрания Восточно-Сибирского Центра развития педагогической науки и образования. Иркутск: ИПК РО, 2006. С. 101–107.
5. Колеченко А.К. Энциклопедия педагогических технологий: пособие для преподавателей. СПб.: КАРО, 2006. С. 265–271.
6. Мухина С.А., Соловьева А.А. Нетрадиционные педагогические технологии в образовании. Ростов-на-Дону: Феникс, 2004. 384 с.

7. Сериков В.В. Личностно ориентированное образование. Теория и практика проектирования. М.: Логос, 1999. 272 с.
8. Третьяков П.И., Митин С.Н., Бояринцева Н.Н. Адаптивное управление педагогическими системами: учебное пособие. М.: Академия, 2003. 368 с.

**МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ  
ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХИЧЕСКОГО  
И ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ  
ДОШКОЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**METHODS AND RESULTS OF THE RESEARCH  
OF FEATURES OF MENTAL AND PHYSICAL  
HEALTH OF TEACHERS OF THE PRESCHOOL  
EDUCATIONAL ORGANIZATIONS**

**О.В. Груздева  
И.Ю. Кербис**

**O.V. Gruzdeva  
I.Yu. Kerbis**

*Профессиональная деятельность, синдром профессионального выгорания, психическое здоровье педагога, накопление стрессового напряжения.*

Постоянные профессиональные стрессы, чрезмерная эмоциональная насыщенность профессии педагога приводят к развитию синдрома психического выгорания. Задача медико-социальных и психолого-педагогических служб – создание комплекса эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение синдрома психического выгорания и коррекцию уже имеющихся психосоматических расстройств педагогов.

*Professional activity, syndrome of «professional burning out», mental health of the teacher, accumulation of a stressful tension.*

Constant professional stresses, excessive emotional saturation of a profession of the teacher, lead to development of a syndrome of «mental burning out». A task of social and psychology and pedagogical services, creation of a complex of the effective preventive and rehabilitation actions directed to the prevention of a syndrome of «mental burning out» and correction of already available psychosomatic frustration of teachers.

Профессиональная деятельность в жизни взрослого человека имеет большое значение и не может не оказывать различного рода воздействий – как позитивных, так и негативных. Профессиональное и личностное развитие – единый процесс, в ходе которого, особенно в профессиях социономического типа, достаточно часто развиваются различные профессиональные деструкции. Особой группой риска среди профессий типа «человек–человек» выступают педагоги [Борисова, 2005].

Постоянные профессиональные стрессы, чрезмерная эмоциональная насыщенность профессии педагога, низкая заработная плата, большая степень ответственности, некомпенсируемая с возрастом усталость, постоянно возрастающие требования к его личностным и профессионально важным качествам и ряд других, как субъективных, так и объективных факторов, приводят к развитию синдрома психического выгорания [Рогинская, 2002].

В настоящее время синдромом психического выгорания принято считать сложный, комплексный психофизиологический феномен, который определяется как эмоциональное, умственное и физическое истощение, проявляющееся в профессиях социального типа, связанных с интенсивным и тесным общением с другими людьми [Борисова, 2005].

Сложная, эмоционально напряженная профессиональная деятельность педагога предъявляет очень высокие требования к его адаптивным способностям. Накопление стрессового напряжения в процессе профессиональной деятельности с последующим развитием на этой основе «психического выгорания» рано или поздно приводит к серьезным сбоям, нарушениям физического и психического здоровья педагога.

Немаловажную роль играет выбор способов преодоления сложных, негативных профессионально значимых ситуаций, которые определяют умение справляться с хроническим стрессовым напряжением и предрасполагают личность либо к активной, конструктивной, преобразующей стратегии преодоления трудных профессионально значимых ситуаций, либо к выбору противоположного пути, мало способствующего нахождению конструктивного выхода. С целью исследования физического и психического самочувствия педагогов, подвергшихся в разной степени синдрому психического выгорания, нами было проведено эмпирическое исследование. В качестве субъекта в исследовании приняли участие педагоги дошкольного образования. Методологической основой исследования послужили подходы и концептуальные идеи К. Маслач, П. Тойтса, В.В. Бойко, Э.Ф. Зеера, Е.А. Климова, М.В. Борисовой, В.Е. Орел, Т.И. Рогинской, Т.В. Форманюк и др.

В исследовании особенностей психического и физического здоровья педагогов дошкольных образовательных организаций могут быть использованы следующие диагностические методики.

1. Диагностика уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко).
2. Опросник на выгорание (MBI).
3. Сетка профессиональных стрессоров и способов их преодоления. Критерии обработки разработаны В.И. Журавлевым [Симонова, 2004].
4. Комплексная методика оценки состояния здоровья и психоэмоционального состояния.

Обработка методик проводится с помощью методов качественного и количественного анализа.

Применение методик в дошкольных учреждениях Красноярска в период 2015–2016 гг. (в исследовании уча-

ствовали 76 педагогов в возрасте от 20–57 лет, со стажем работы от года до 30 лет) позволило получить следующие результаты.

У большинства педагогов, участвовавших в исследовании, наблюдается значительный уровень психического выгорания. Доминирует фаза «резистенции» – сформирована у 35 % испытуемых; в стадии формирования – у 42,5 % испытуемых, что свидетельствует о формировании профессиональной защитной стратегии и «экономичного», упрощенного стиля профессионально-педагогической деятельности. Показатели фазы «истощения» сформированы у 22,5 % испытуемых; в стадии формирования – у 35 % испытуемых с преобладанием симптомов «Эмоциональная отстраненность» и «Психосоматические и психовегетативные нарушения». Это говорит о нарастании психоэмоционального напряжения, высокой степени утомления и нарушения психофизического здоровья. Как следствие, у испытуемых наблюдается абстрагирование от различных трудностей и профессиональных обязанностей. Результаты методики МВІ позволили определить степень развития компонентов синдрома выгорания. Так, эмоциональное истощение в средней степени выражено у 35 % испытуемых и в высокой – у 17,5 % испытуемых. Редукция профессиональных обязанностей в средней степени выражена у 42,5 % и в высокой степени – у 40 % испытуемых. Это связано с нарастанием чувства профессиональной некомпетентности, упрощением профессиональных обязанностей в сочетании с ограниченным репертуаром рабочих действий.

Нарушения физического здоровья, как и развитие самого психического выгорания, у испытуемых педагогов выступают закономерным следствием отрицательного эмоционального фона и частых отрицательных психических состояний.

Так, данные по всем показателям – общее состояние, наличие хронических заболеваний, сон, аппетит и применение различных седативных лекарственных препаратов – представляют угнетающую картину психофизического здоровья. Неудовлетворительное общее самочувствие в процессе выполнения профессиональной деятельности наблюдается у 35 % испытуемых. Высокий уровень развития хронических заболеваний отмечается у 30 % испытуемых. Расстройства сна разной степени тяжести отмечаются у 25 % испытуемых. Нарушение пищевого поведения (переедание или отсутствие аппетита) выражено у 40 % респондентов. И последний параметр – использование различных лекарственных средств – представлен следующим образом: 25 % испытуемых не используют их; прибегают к помощи различных успокаивающих лекарственных средств очень редко – 45 % испытуемых, время от времени, часто и очень часто – 15 % испытуемых.

Во многом складывающаяся картина физического здоровья под влиянием синдрома психического выгорания обусловлена используемыми стратегиями совпадающего поведения (копинг-стратегиями) в эмоционально-напряженных, профессионально значимых ситуациях, связанных с переживанием стресса.

Так, на первом месте у испытуемых стоят в основном эмоционально-аффективные способы, ориентированные на поиск социальной поддержки, эмоциональное разрешение проблемы через слезы и изматывающие переживания: общение с близкими или просто с приятными людьми; общение с домашними животными; исповедь перед человеком, которому доверяешь, или разговор о стрессе с родственниками; обильные слезы; походы, прогулки и экскурсии в одиночку или с друзьями и т. д. Второе место занимают способы, связанные с различными формами эскапизма и вытеснения стресса (уход в среду, способную

нейтрализовать послестрессовые переживания, – музыка, литература, искусство, выход на природу; активное включение в домашние хозяйственные дела, избегающее поведение (уклонение от возможных стрессов); чтение юмористической литературы и любой другой литературы; смена стиля жизни; уход в себя; уход в хобби и др.). Третье место занимают способы, общая отличительная особенность которых связана с конструктивным преобразованием ситуации, вызывающей стрессовое напряжение (занятие гимнастикой или специальными упражнениями, дополнительные физические нагрузки; освоение опыта работы и поведения коллег, смена стиля отношений с коллегами и руководителем, изучение и диагностика своего профессионализма, его корректировка на этой основе, принятие и реализация программы самообразования).

Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует о том, что:

- у педагогов наблюдается хронизация стрессового состояния в сочетании с неэффективными способами преодоления напряжения в сложных стрессовых профессионально значимых ситуациях;

- создается большой риск подверженности педагогов синдрому психического выгорания с разной степенью выраженности его фаз и компонентов;

- с развитием психического выгорания ухудшается физическое и психическое самочувствие педагогов, возрастает риск возникновения различных психогенно обусловленных расстройств и снижается профессиональная продуктивность. Самым неблагоприятным исходом при игнорировании симптомов психического выгорания могут стать потеря здоровья, переживание отчаяния и глубокое разочарование не только в выборе своей профессии, но и в себе и жизни в целом.

Первостепенная задача различных медико-социальных и психолого-педагогических служб, сопровождающих профессиональную деятельность педагогов дошкольных образовательных учреждений, должна заключаться в создании комплекса эффективных профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение синдрома психического выгорания и коррекцию уже имеющихся психосоматических расстройств.

Большое значение имеет создание здоровьесберегающей среды и благоприятного психологического климата, атмосферы поддержки и участия в педагогическом коллективе.

### *Библиографический список*

1. Борисова М.В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов // Вопросы психологии. 2005. №2. С. 96–104.
2. Водопьянова Н.Е., Серебрякова Е.С., Старченкова Е.С. Синдром психического выгорания в управленческой деятельности // Вестник СПбГУ. Сер. 6. 1997. Вып. 2 (№ 13). С. 84–90.
3. Кербис И.Ю., Груздева О.В. Повышение квалификации педагогов, психологов в современных условиях развития дошкольного образования // Психолого-педагогические и социальные условия развития и воспитания ребенка: сборник научных статей. Красноярск, 2016. С. 50–58.
4. Рогинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. 2002. Т. 23. № 3. С. 85–95.
5. Симонов В.П. Диагностика личности и деятельности педагога и обучаемых: учебн. пособие (Серия: Педагогический менеджмент. Ноу-хау в образовании. Книга третья). М., 2004. 173 с.
6. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. 1994. № 6. С. 57–64.



## ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННОГО РЕБЕНКА

### THE HEALTH OF THE MODERN CHILD

Е.В. Котова  
С.П. Рябинин

E.V. Kotova  
S.P. Ryabinin

*Психологическая коррекция детей, здоровье, психоэмоциональные нагрузки, коррекционная работа.*

В статье рассматриваются вопросы создания условий, обеспечивающих комплексное психологическое, личностное и физическое развитие детей дошкольного возраста.

*Psychological correction of children, health, psycho-emotional loadings, correctional work.*

In article questions of creation of the conditions providing complex psychological, personal and physical development of children of preschool age are considered.

В психологии и физическом воспитании существуют разные подходы к проблеме психического здоровья и функционирования организма. Модели физического и психического здоровья многообразны и обращены к различным уровням, регулирующим активность субъекта. Б.С. Братусь предложил многоуровневую модель психического здоровья, выделив несколько уровней структуры личности, каждому из которых соответствует свое понимание психического здоровья. Согласно этой модели, высший уровень личностного здоровья, отвечающий за производство смысловых ориентаций, определение общего смысла жизни, отношение к себе и к другим, оказывает регулирующее влияние на нижележащие уровни, характеризующие степень адаптации и психофизиологическое состояние.

Современные теоретические, экспериментальные и прикладные подходы в психологии личности характери-

зуют психическое здоровье как зрелость, сохранность и активность механизмов личностной саморегуляции, меру способности человека выступать активным и автономным субъектом своей жизни в изменяющемся мире.

В соответствии с «Конвенцией о правах ребенка» (1989) и Законом Российской Федерации «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» (1998) содержание дошкольного воспитания должно быть направлено на развитие умственных, духовных и физических способностей в их самом полном объеме. Дошкольный возраст обоснованно считается наиболее важным периодом в процессе формирования личности. В этом возрасте интенсивно развивается и созревает ряд морфологических, психологических, двигательных функций, формируются нравственные качества, вырабатываются черты характера, происходят сохранение и развитие потребностей в активной деятельности, «пуск» механизмов развития всех способностей ребенка, пропустив который, очень трудно или совсем невозможно наверстать в будущем. По мнению ряда ученых (Г.Д. Бабушкин, 1997; В.А. Иванов, 1997; А.И. Кравчук, 1998; В.И. Усаков, 2000; Г.А. Решетнева, Л.И. Лубышева, 2002 и др.), именно в данном возрастном периоде закладывается и укрепляется фундамент здоровья и развития физических качеств, необходимых для эффективного участия в различных формах двигательной активности, что, в свою очередь, создает условия для организованного физического воспитания детей, которое должно выполнять гуманистическую миссию, обеспечивая реализацию права каждого ребенка на полноценное развитие, поскольку оно обеспечивает будущее здоровье человека, как биологическое, так и психологическое [1, с. 24].

Недостаточное внимание к формированию гармоничного физического развития детей раннего и дошкольного

возраста приводит к снижению их здоровья, а это, в свою очередь, уменьшает здоровый генофонд страны (А.В. Запорожец, 1978; М.В. Антропова, 1983; Ю.Ф. Змановский, 1998; В.В. Пономарев, 2000 и др.).

В современном обществе нагрузка на нервную систему и как следствие на эмоциональную сферу значительно увеличилась из-за роста информационного потока, скученности и отрыва от природы, с одной стороны, а с другой – тело перестало участвовать в «переработке» этой психоэмоциональной нагрузки. В результате повсеместное развитие с тенденцией к «омоложению» приобретают психосоматические и нервно-психические заболевания.

В детском возрасте интенсивно развивается и созревает ряд морфологических, психологических, двигательных функций, происходят сохранение и развитие потребностей в активной деятельности, «пуск» механизмов развития всех способностей ребенка, пропустив который, очень трудно или совсем невозможно наверстать в будущем.

Увеличение в последнее десятилетие числа детей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата приводит к повышению их утомляемости, раздражительности. Также отмечаются невротические расстройства, расстройства внимания, что приводит к психологической заторможенности и замкнутости детей.

В организациях, работающих с детьми, необходимо создавать условия, обеспечивающие комплексное личностное и физическое развитие детей, решать задачи по оздоровлению, развитию и сохранению физического и психического здоровья детей через создание комфортной социально психологической среды, стремясь сохранить и развить то присущее многим детям восприятие мира, которое позволяет им видеть его прекрасным, многообразным, волшебным и добрым.

Реальная практика показала, что традиционная методика физического воспитания не обеспечивает должного физического развития детей и сохранения их здоровья, в недостаточно полном объеме использования сенситивного периода физического развития.

С целью предупреждений нарушений опорно-двигательного аппарата и укрепления здоровья детей нами предлагается следующая форма проведения занятий по физическому воспитанию, выраженная в использовании упражнений оздоровительной гимнастики хатха-йога.

На занятиях по физической культуре применяются элементы оздоровительной гимнастики хатха-йога, психофизической тренировки и методика релаксации для восстановления физических и психических сил организма. Программа занятий по физической культуре с детьми ориентирована на укрепление и расслабление мышц позвоночника от головы до конечностей. Упражнения благоприятно влияют на кровоснабжение малых и больших суставов, на внутренние органы, на весь нервно-мышечный аппарат и психику [4, с. 32].

Среди средств оздоровительной гимнастики хатха-йога детям 5–7-летнего возраста доступны: статические упражнения (асаны); динамические упражнения (виньясы); дыхательные упражнения, направленные на регуляцию дыхания и управление им в позах (пранаяма); упражнения психорегулирующей тренировки, сочетающиеся с релаксацией, концентрацией внимания на «внутренних» ощущениях, смысле и качестве выполняемых упражнений [2, с. 45]. Коррекционная работа возможна с помощью специально подобранных комплексов упражнений в сочетании со средствами гимнастики хатха-йога: асанами, виньясами, требующими постоянного контроля за соблюдением правильной позы, удержания равновесия. Включение

оздоровительных поз йоги воздействует как физический аспект на те или иные группы мышц, а также на систему дыхания и кровообращения.

В основе системы занятий лежат методы психофизической тренировки в комплексе с дыхательными упражнениями, психологического и мышечного расслабления. Если при выполнении упражнений воображение детей подключить к работе со светом, то выполняется прочистка энергетических каналов, например: «Золотистый солнечный свет проникает в каждую клеточку Вашего тела и наполняет ее светом, энергией, любовью!» или «Серебристый свежий воздух с каждым Вашим вдохом наполняет организм силой, чистотой, спокойствием!». Психофизическая тренировка через развитие воображения, создание мысленного образа воздействует на психомышечный механизм, на соматическую и физиологическую сферы организма.

Психофизическая тренировка – это метод самовоздействия на организм с помощью регуляции психической активности, дыхания, мышечного тонуса, посредством сосредоточения, концентрации и расслабления, образного представления и самовнушения с целью повышения психологического потенциала человека. Ритм, звук, слово стихов – мощный способ воздействия. Стихи помогают адаптировать такие достаточно сложные психофизические упражнения, как «пробуждение», «отдавание», «примирение» к возрасту детей [3, с. 14].

Развитие у ребенка способности говорить об эмоциях является не просто овладением новым словарным запасом, но и способом межличностного взаимодействия. Ребенок лучше мыслит, он тоньше понимает себя и других, свои и чужие переживания, эмоции у него становятся более дифференцированными. Важно научить детей плавно переходить в разные эмоциональные состояния, корректировать

их и целенаправленно пользоваться ими. В этом направлении можно действовать через мимику и жесты, а устраивая на занятиях «театр масок», можно активизировать обратную реакцию: мимика лица – настроение. Расслабление мышц лица и всего тела в жизненно трудных, неприятных ситуациях не дает беспокойству, ненависти и другим отрицательным эмоциям завладеть человеком, заменяет их покоем и умиротворением, а в ситуациях, где необходимы смелость, твердость, решительность, напряжение мышц может вызвать прилив недостающей энергии.

Большое значение на занятиях придается играм. На начальном этапе работы игры позволяют лучше познакомить детей друг с другом, объединить их в одну большую семью, создать доброжелательную атмосферу. Используемая на занятиях функциональная и классическая музыка усиливает восприятие образов и развивает воображение.

Использование элементов сосредоточения перед выполнением какого-либо задания и осмысление выполненного стимулируют работу мышления. Образное представление помогает развивать воображение, ассоциативную память, эстетические чувства; приобретать уверенность, прислушиваясь к состоянию организма, изучать его; улучшать концентрацию внимания, уравнивать деятельность полушарий головного мозга, расширять возможности по управлению сознанием, развивать личность.

Методы и приемы психической саморегуляции, подкрепленные музыкальными, пластическими и художественными средствами, позволяют формировать гармонично развитую личность, способную к непрерывному росту, к осознанию происходящих в себе и вокруг процессов.

Проведенное педагогическое исследование показало, что методика использования гимнастики хатха-йога улучшает физическое развитие, функциональное состояние де-

тей, способствует положительному тренировочному эффекту от направленных педагогических воздействий, который выражается в стойком сохранении у детей качества двигательных навыков, уровня физических качеств и функциональных способностей, соответствующих и превышающих возрастные нормативные показатели детей дошкольного возраста.

Эффективность методики использования упражнений гимнастики хатха-йога доказывается достоверным улучшением во всех экспериментальных группах показателей длины и массы тела, кистевой динамометрии обеих рук, жизненной емкости легких, проб Штанге и Генчи, ортостатической пробы; в качественном усвоении основных движений детьми.

Анализ лечебно-коррекционной работы с детьми 7-летнего возраста, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата, за учебный год показал следующее. При первичном обследовании (сентябрь) было выявлено нарушение: осанки у 45 % детей, сколиоз – 25 %, плоскостопие – 70 %, норма – 30 %. Итоговое обследование (май): нарушение осанки – 5 % детей, сколиоз – 20 %, плоскостопие – 20 %, норма – 70 %.

Высокий уровень развития словесно-логического мышления в начале учебного года составлял 31%, к концу он возрос до 64 %, также увеличилось число детей, имеющих высокий уровень развития произвольного внимания: в начале учебного года высокий уровень развития имели 52 % детей, в конце учебного года – 90 %. Значительно возросло количество детей, имеющих высокий уровень развития мелкой моторики рук: с 32 до 78 %.

После проведения лечебно-коррекционных и оздоровительных мероприятий наибольшие положительные изменения оказались в улучшении осанки, снижении пло-

скостопия – на 40, 50 %. У детей, имеющих диагноз «сколиоз», согласно диагностике психолого-медицинской-педагогической комиссии, значительно улучшилось функциональное состояние, уменьшилась выраженность патологии. Двигательная подготовленность детей возросла на 65 % по сравнению с исходными данными.

Уровень двигательной подготовленности детей свидетельствует, что воздействие упражнений хатха-йоги на основные системы детского организма позволяет преодолеть затруднения в освоении с возрастом отдельных основных движений.

Данные занятия раскрывают возможности осуществления всестороннего развития детей, позволяют повысить восприимчивость к обучению и развитию психических функций: внимания, ощущения; формировать двигательные навыки; восстанавливать психоэмоциональное равновесие; повышать психофизический потенциал, формировать правильную осанку и укреплять здоровье.

Педагоги отмечают, что дети стали более собранными, уравновешенными, доброжелательными и отзывчивыми по отношению друг к другу и окружающим людям.

### ***Библиографический список***

1. Здоровье и физическое развитие детей в дошкольных образовательных учреждениях: материалы Всероссийского совещания. М., 2001. 320 с.
2. Йога для детей, родителей и преподавателей: сборник: пер. с англ. Киев: Янус, 2000. 240 с.
3. Касаткина Г.М. Влияние физических упражнений разной направленности на развитие движений и психики детей 3–7 лет: автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 1982. 16 с.
4. Ловейко И.Д. Лечебная физическая культура у детей при дефектах осанки, сколиозах и плоскостопии. М.: Медицина, 1995. № 3.



# **ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ПОДРОСТКОВ В ПРЕСУИЦИДАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ (14–15 ЛЕТ)**

## **PECULIARITIES OF SELF-ACTUALIZATION OF ADOLESCENTS IN PRESUICIDAL STATE (14 – 15 YEARS)**

**Д.В. Юрков**

**D.V. Yurkov**

*Самопонимание, самоактуализация, старший подросток, самосознание личности, пресуицидальное состояние.*

В статье описываются результаты исследования особенностей самопонимания во взаимосвязи с показателями самоактуализации в старшем подростковом возрасте у лиц, находящихся в пресуицидальном состоянии.

*Self-understanding, self-actualization, the eldest teenager, self-consciousness, pre-suicidal state.*

In article results of a research of features of self-understanding in interrelation with self-actualization indicators at the advanced teenage age at the persons who are in a pre-suicidal state are described.

**П**отребность понять себя, разобраться в своих мыслях, чувствах, намерениях возникает практически у каждого человека; реализация этой потребности влияет на отношение человека к другим, самоотношение и самоуважение. В значительной мере эта ситуация усложняется у подростка, находящегося в пресуицидальном состоянии.

В. Франкл отмечал: «У каждого времени свои неврозы. Сегодня мы, по сути, имеем дело уже с фрустрацией не сексуальных потребностей, как во времена Фрейда, а с фрустрацией потребностей экзистенциальных. Сегодняшний пациент уже не столько страдает от чувства неполноценности, как во времена Адлера, сколько от глубинного чув-

ства утраты смысла, которое соединено с ощущением пустоты...» (В.Франкл, 1990, с. 24).

Противоречивый, кризисный характер развития старшего подростка, трудности самопонимания обусловлены культурно-историческими причинами, связанными с несопадением сроков созревания отдельных сторон организма и личности ребенка (Л.С. Выготский, Л.И. Божович, В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин). В пресуицидальном состоянии характер внутреннего противоречия обретает характер «острого» кризиса.

Формирование самопонимания, образование понятия Я у ребенка можно рассматривать в сравнении с процессами формирования других психологических понятий. Это положение основано на классических исследованиях (Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, Дж. Брунер) [Франкл, 2015, с. 112]. Собственно самопонимание представляет собой «понятие о Я». В. Деймон и Д. Харт пытаются проследить развитие этого понятия с детства до подросткового возраста. Понимание себя, своего внутреннего мира развивается и оформляется, с точки зрения Л.С. Выготского, только в подростковом возрасте вместе с образованием понятий.

Самопонимание подростка в процессе развития последовательно проходит через ряд уровней, в которых Я включается в социальные связи все возрастающей сложности. На первом уровне Я состоит из отдельных категориальных идентификаций, имеющих только таксономическую ценность. На втором уровне – уровне «сравнительной оценки» – Я определяется во взаимоотношениях с другими и по отношению к нормативным физическим и социальным стандартам. Действия и возможности личности сравниваются с действиями и возможностями реальных и воображаемых других. На следующем уровне – уровне «межличностных взаимодействий» – основное внимание

уделяется природе и детерминантам социальных отношений личности и социальным взаимодействиям, таким как личностные черты или физическая привлекательность. Самым высоким является уровень «систематических убеждений и планов». Самопонимание и самоидентификация личности базируются на ее убеждениях и планах на будущее. Таким образом, самопонимание видится авторами как одно из ключевых понятий для развития личности – «понятие о Я», влияющее на уровень личностной зрелости и способности к самоактуализации.

Целью исследования является выявление особенностей самоактуализации у лиц, находящихся в пресуицидальном состоянии, в старшем подростковом возрасте 14–15 лет.

В исследовании применялся тест по оценке уровня самоактуализации личности (САМОАЛ), адаптированный Н.Ф. Калиной. Также в исследовании применялся опросник суицидальных факторов, адаптированный Т.Н. Разувановой.

В исследовании принимали участие 18 учащихся 8–9 классов общеобразовательных школ г. Красноярска в возрасте 14–15 лет. Средний возраст 14,7; из них 11 девочек (средний возраст 14,5) и 7 мальчиков (средний возраст 14,9). Набор в группу исследуемых осуществлялся по факту обращений родителей в МАУ ЦППМиСП «Эго», обнаруживших у детей аккаунты в «группах смерти» в Интернете и следы ножевых порезов на руках.

Проведенное исследование позволило получить следующие результаты.

По методике Т.Н. Разувановой у подростков обследуемой группы в пресуицидальном состоянии выявлены высокие индексы значений следующих показателей: аффективность – 5,2, социальный пессимизм – 7,3, демонстративность – 7,1, несостоятельность – 5,3, ощущение своей уникальности – 6,5, отсутствие долгосрочной перспективы – 7,2.

Результаты оценки уровня самоактуализации личности (САМОАЛ), адаптированный Н.Ф. Калиной, по шкалам ориентации во времени (показатель  $6,97 \pm 0,24$ ), ценностей (показатель  $9,01 \pm 0,46$ ), потребности в познании (показатель  $5,87 \pm 0,21$ ) и креативности (показатель  $5,61 \pm 1,24$ ).

Низкие значения у подростков наблюдаются по шкалам взгляда на природу человека (показатель  $3,65 \pm 0,83$ ), автономности (показатель  $4,57 \pm 0,42$ ), спонтанности (показатель  $4,67 \pm 0,47$ ) и гибкости в общении (показатель  $4,10 \pm 0,19$ ). По шкале аутосимпатии отмечаются средние значения (показатель  $5,46 \pm 0,80$ ). Данные результаты свидетельствуют, что подростки не уверены в себе, слабо осознают позитивную Я-концепцию.

Несмотря на высокие показатели потребности в самопознании, анализ показателей по шкале самопонимания свидетельствует, что для подростков характерны средние значения по шкале самопонимания (показатель  $4,67 \pm 0,14$ ), говорящие о том, что подростки в некоторой степени не уверены в себе, предпочитают ориентироваться на мнение окружающих. Подростки слабо понимают экзистенциальную ценность жизни «здесь и теперь», ограничены в способности наслаждаться актуальным моментом.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что у подростков, находящихся в пресуицидальном состоянии, снижены показатели самоактуализации, повышены показатели аффективности, социального пессимизма, демонстративности, несостоятельности, ощущения своей уникальности, отсутствия долгосрочной перспективы.

### *Библиографический список*

1. Франкл В. Воля к смыслу. М.: Академия, 2015. 121 с.
2. Выготский Л.С. Собр. соч.: в 6 т. Детская психология. М.: Академия, 2013. Т. 4. 432 с.

3. Кайгородов Б.В. Самопонимание: миф или реальность. М.: Московский психолого-социальный институт, 2000. 184 с.
4. Вихристюк О.В. Влияние средств массовой информации на суицидальное поведение подростков и молодежи (обзор зарубежных источников) // Современная зарубежная психология. 2015. № 1. URL: <http://psyjournals.ru/jmfr> (дата обращения: 25.06.2015).
5. Погодин И.А. Суицидальное поведение: психологические аспекты: учебное пособие. М.: Флинта, 2011. 332 с.
6. Смертность российских подростков от самоубийств // Доклад в ФБГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». М., 2016. 132 с.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**АРАМАЧЕВА Людмила Викторовна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева;  
e-mail: ludvik\_76@mail.ru

**БАТУРИНА Галина Викторовна**, магистрант, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева;  
e-mail: din6463@yandex.ru

**БЕСПАМЯТНЫХ Надежда Николаевна**, магистрант II курса, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева (Красноярск); e-mail: nadya.b.1705@mail.ru

**БИНДАРЕВА Татьяна Александровна**, старший преподаватель кафедры психологии, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: spo7629@gmail.com

**ВАЛЬТЕР Мария Владимировна**, магистрант, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева;  
e-mail: mari5338@mail.ru

**ВАСИЛЬКОВА Жанна Геннадьевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; доцент кафедры клинической психологии и психотерапии с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

**ВЕРБИАНОВА Ольга Михайловна**, кандидат биологических наук, доцент кафедры психологии детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева;  
e-mail: verbianova@mail.ru

**ВЫЛЕГЖАНИНА Галина Геннадьевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева;  
e-mail: vylgalina@yandex.ru

**ГАЛАКТИОНОВА Марина Юрьевна**, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: myugal@mail.ru

**ГОРДИЕЦ Анастасия Викторовна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: gordiezav@yandex.ru

**ГОРНЯКОВА Мария Валерьевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры социальной психологии института психолого-педагогического образования, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: mvg\_s@mail.ru

**ГРУЗДЕВА Ольга Васильевна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства, зав. кафедрой социальной психологии, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: gruzdeva@kspu.ru

**КАБЛУКОВА Инна Геннадьевна**, кандидат педагогических наук, доцент кафедры педагогики детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: kablukova@kspu.ru

**КЕРБИС Ирина Юрьевна**, магистрант, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: kerbis\_ira@mail.ru

**КОТОВА Елена Владиславовна**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии детства, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: kotova@kspu.ru

**ЛАВЫГИНА Марина Вениаминовна**, главный врач КГБУЗ «Красноярская городская детская больница №8»; e-mail: lavygina@gdb8.ru

**МАСЛОВА Маргарита Юрьевна**, главный врач КГБУЗ «Красноярская городская детская поликлиника №3», главный внештатный специалист по амбулаторно-поликлинической помощи детям, Министерство здравоохранения Красноярского края; e-mail: gdp3pol@gmail.com

**ПЕТРЕНКО Нина Васильевна**, старший воспитатель, МКДОУ «Аленький цветочек», Кежемский район, Красноярский край;  
e-mail: nin.petrenk02014@yandex.ru

**ПРОКОПЕНКО Семен Владимирович**, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: s.v.pros.58@mail.ru

**РЯБЕНИН Сергей Петрович**, кандидат педагогических наук, доцент кафедры теоретических основ физического воспитания, институт физической культуры, спорта и здоровья им. И.С. Ярыгина, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, e-mail: Ryabinin-sp@yandex.ru

**СИМАКОВА Любовь Николаевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого; e-mail: sim1364@mail.ru

**СИФОРКИНА Людмила Николаевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого, председатель Красноярской региональной общественной организации «Общество специалистов по восстановительной медицине им. Е.Я. Дыхно»; e-mail: gkb6@krasmail.ru

**ТУРЛАК Ирина Викторовна**, ассистент кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО, Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого;  
e-mail: Doktortiv@yandex.ru

**ЮРКОВ Дмитрий Владимирович**, магистрант II курса, Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева; e-mail: dmitryurk@yandex.ru



## CREDITS

**ARAMACHEVA Lyudmila V.**, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology of Childhood, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: ludvik\_76@mail.ru

**BATURINA Galina V.**, Master's degree student, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: din6463@yandex.ru.

**BESPAMYATNIH Nadezhda N.**, 2nd year graduate student, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: nadya.b.1705@mail.ru

**BINDAREVA Tatiana A.**, Senior Lecturer, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: spo7629@gmail.com

**VALTER Maria V.**, Master's degree student, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: mari5338@mail.ru

**VASILKOVA Zhanna G.**, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology of Childhood, KSPU named after V.P. Astafiev; Associate Professor of the Department of clinical psychology and psychotherapy with the course post-graduate education of Krasnoyarsk State Medical University named after V.F. Voyno-Yasenetsky; e-mail: duskazieva@kspu.ru

**VERBIANOVA Olga M.**, PhD in Biology, Associate professor of the Department of Psychology of Childhood, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: verbianova@mail.ru

**VYLEGZHANINA Galina G.**, PhD in Psychology, Associate professor of the Department of Psychology of Childhood, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: vylgalina@yandex.ru

**GALAKTIONOVA Marina Yu.**, Doctor of Medicine, Professor, Head of Department of polyclinic Pediatrics and propaedeutics childhood diseases with a course of PE, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: myugal@mail.ru

**GORDIETS Anastasiya V.**, PhD of Medicine, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky; e-mail: gordiezav@yandex.ru

**GORNAKOVA Mariya. V.**, PhD in Psychology, Associate Professor of Social Psychology, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: mvg\_s@mail.ru

**GRUZDEVA Olga V.**, PhD in Psychology, Acting Head of the Department of Social Psychology, Associate professor of the Department of Psychology of Childhood, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: gruzdeva@kspu.ru

**KABLUKOVA Inna G.**, PhD in Pedagogy, Associate Professor, Department of childhood pedagogy, KSPU named after V.P. Astafiev;  
e-mail: kablukova@kspu.ru

**KERBIS Irina Yu.**, Master's degree student, KSPU named after V.P. Astafiev; e-mail: kerbis\_ira@mail.ru

**KOTOVA Elena V.**, PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychology of Childhood; e-mail: kotova@kspu.ru

**LAVYGINA Marina V.**, Head physician of KSBIH «Krasnoyarsk city children's hospital №8»; e-mail: lavygina@gdb8.ru

**MASLOVA Margarita Yu.**, Head physician KSBIH «Krasnoyarsk city children's polyclinic №3», chief freelance specialist of outpatient care for children, Ministry of health of the Krasnoyarsk region; e-mail: gdp3pol@gmail.com

**PETRENKO Nina V.**, Senior tutor, MSPEI «Scarlet Flower», Kezhemsky district (Krasnoyarsk region); e-mail: nin.petrenk02014@yandex.ru

**PROKOPENKO Semen V.**, Doctor of Medicine, Professor, Head of Department of nervous diseases with the course of medical rehabilitation PE, Krasnoyarsk state medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky

**RYABININ Sergey P.**, PhD in Pedagogy, Associate Professor of Department of theoretical bases of physical education Institute of physical culture, sport and health named after I. Yarygin, KSPU named after V.P. Astafiev,  
e-mail: Ryabinin-sp@yandex.ru

**SIMAKOVA Lyubov N.**, PhD of Medicine, Associate Professor of the Department of nervous diseases with the course of medical rehabilitation, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky;  
e-mail: sim1364@mail.ru

**SIFORKINA Lyudmila N.**, PhD of Medicine, Associate Professor of the Department of nervous diseases with the course of medical rehabilitation, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky; e-mail: gkb6@krasmail.ru

**TURLAK Irina V.**, Teaching Assistant of Department of nervous diseases with the course of medical rehabilitation; Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voino-Yasenetsky; e-mail: Doktortiv@yandex.ru

**YURKOV Dmitriy V.**, Master's degree student, KSPU named after V.P. Astafiev; Krasnoyarsk, Russia; e-mail: dmitryurk@yandex.ru

*Научное издание*

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ  
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:  
ФАКТОРЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ,  
СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ

Сборник научных статей

**Выпуск 3**

Редактор *Н.А. Агафонова*  
Корректор *А.П. Малахова*  
Верстка *Н.С. Хасанишина*

660049, Красноярск, ул. А. Лебедевой, 89.  
Редакционно-издательский отдел КГПУ,  
т. 217-17-52, 217-17-82

Подписано в печать 06.06.17. Формат 60х84 1/16.  
Усл. печ. л. 6,25. Бумага офсетная.  
Тираж 100 экз. Заказ № 06-РИО-001

Отпечатано в типографии «Литера-принт»,  
т. 295-03-40