

Министерство связи и информатизации Республики Беларусь
Научно-инженерное республиканское унитарное предприятие
"Институт прикладных программных систем"
(НИРУП "ИППС")

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕГИСТР ИНФОРМАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ

РЕГИСТРАЦИОННОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

№ 1772124872 от 12.02.2021 г.

о включении в Государственный регистр информационного ресурса

**Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине
«Психология здорового образа жизни» для специальности 1-08 80 04
«Физическая культура и спорт»**

Владелец информационного ресурса

Белорусский государственный университет физической культуры

Соавторы информационного ресурса

**Воскресенская Елена Владимировна, Сивицкий Владимир
Геннадьевич**

Директор

М.П.



И. А. Михайловский

Министерство спорта и туризма Республики Беларусь

Учреждение образования
«Белорусский государственный университет физической культуры»

Спортивно-педагогический факультет массовых видов спорта
Кафедра психологии

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой

_____ В.Г. Сивицкий

(подпись)

_____ 2020

СОГЛАСОВАНО

Декан факультета

_____ И.И. Гуслистова

(подпись)

_____ 2020

ЭЛЕКТРОННЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (по выбору студента)

по учебной дисциплине для специальности:
1-08 80 04 «Физическая культура и спорт»

СОСТАВИТЕЛИ:

Е.В. Воскресенская, доцент кафедры психологии учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры», кандидат педагогических наук, доцент;

В.Г.Сивицкий, заведующий кафедрой психологии учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» кандидат педагогических наук, доцент

Рассмотрено и утверждено на заседании НМС университета

_____ 2020, протокол № _____

Регистрационный № _____

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

к электронному учебно-методическому комплексу по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» (по выбору студента) по учебной дисциплине для специальности 1-08 80 04 «Физическая культура и спорт»

Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» разработан для студентов второй степени высшего образования для специальности 1-08 80 04 «Физическая культура и спорт» в соответствии с учебно-программной документацией образовательных программ высшего образования: типовым учебным планом по специальности; учебным планом учреждения высшего образования по специальности; рабочим планом-графиком образовательного процесса на учебный год.

ЦЕЛЬ ЭУМК

– Целью ЭУМК по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» является формирование целостного представления о предмете и основных проблемах психологии здоровья; умения обобщать накопленный материал в области психологии здоровья; формирования умения применять психологические знания в процессе педагогической деятельности; формирования мотивации к профессиональному и личностному росту, к профессиональной деятельности с различными группами населения.

Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» создан на научно-методическом и программно-техническом уровнях, соответствующих современным информационным и коммуникационным технологиям и направлен на реализацию требований образовательных программ и образовательных стандартов высшего образования на всех этапах образовательного процесса.

В ЭУМК по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» объединены структурные элементы научно-методического обеспечения высшего образования, которое осуществляется в целях получения образования, повышения его качества, отражения современного уровня развития науки и основывается на результатах фундаментальных и прикладных научных исследований в сфере физической культуры, спорта, туризма и образовании.

СТРУКТУРА ЭУМК

Структурными элементами ЭУМК являются:

- титульный лист;
- пояснительная записка;
- учебная программа по учебной дисциплине;
- теоретический раздел;
- практический раздел;
- раздел контроля знаний;
- вспомогательный раздел.

Раздел «Учебная программа по учебной дисциплине» содержит утвержденную и зарегистрированную учебную программу УВО по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» для специальности 1-08 80 04 «Физическая культура и спорт».

Теоретический раздел ЭУМК содержит материалы для теоретического изучения учебной дисциплины «Психология здорового образа жизни» по двум разделам: «Общие вопросы психологии здорового образа жизни» и «Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни», которые систематизируются в соответствии с учебной программой УВО.

Структурными элементами теоретического раздела являются тезисы лекций систематизированными в соответствии с учебной программой по 6 темам.

Практический раздел ЭУМК содержит тематику и планы семинарских занятий, тематику рефератов, задания для контрольной и управляемой самостоятельной работы.

Структурными элементами практического раздела являются:

планы семинарских занятий по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни», тематику рефератов, перечень заданий и управляемой самостоятельной работы студентов; методические рекомендации по выполнению управляемой самостоятельной работы студентов.

Раздел контроля знаний ЭУМК содержит материалы для текущей и итоговой аттестации, позволяющие определить соответствие результатов учебной деятельности обучающихся требованиям образовательных стандартов высшего образования и учебно-программной документации образовательных программ высшего образования; примерный перечень вопросов к зачёту, перечень заданий программированного опроса.

Структурными элементами вспомогательного раздела являются:

список учебной литературы и информационно-аналитических материалов, рекомендуемых для изучения учебной дисциплины «Психология здорового образа жизни».

Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» ориентирован на использование технологий очного (аудиторного) обучения в единстве с технологиями

дистанционного обучения. Работу с материалами ЭУМК следует сочетать с изучением рекомендованной литературы. Осваивая содержание учебной дисциплины, студенты осуществляют различные виды учебной деятельности: подготовка учебных докладов, разработка компьютерных презентаций, разработка исследовательских проектов, подготовка к тестовым формам контроля, решение психологических задач, подготовка к зачету.

Министерство спорта и туризма Республики Беларусь

Учреждение образования
«Белорусский государственный университет физической культуры»

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе университета

_____ Е.В.Фильгина

_____ /уч.
Регистрационный № УД- _____

ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Учебная программа учреждения высшего образования
по учебной дисциплине для специальности:
1-08 80 04 «Физическая культура и спорт»

Минск 2019

Учебная программа учреждения высшего образования по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» составлена в соответствии с учебным планом специальности 1-08 80 04 «Физическая культура и спорт»

СОСТАВИТЕЛЬ:

Е.В.Воскресенская, доцент кафедры психологии учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры», кандидат педагогических наук, доцент

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

С.Н.Жеребцов, доцент кафедры клинической и консультативной психологии института психологии учреждения образования «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», кандидат психологических наук, доцент;

С.И.Бусько, доцент кафедры философии и истории учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры», кандидат исторических наук

РЕКОМЕНДОВАНА К УТВЕРЖДЕНИЮ:

кафедрой психологии учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» (протокол от 16.05.2019 №11);

советом спортивно-педагогического факультета массовых видов спорта учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» (протокол от 19.06.2019 № 17);

научно-методическим советом учреждения образования «Белорусский государственный университет физической культуры» (протокол от _____ № _____)

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Учебная программа по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» предназначена для реализации содержания образовательных программ высшего образования второй ступени (магистратура) в рамках дисциплин государственного компонента, предусмотрена типовым учебным планом по специальности 1-08 80 04 «Физическая культура и спорт».

Учебная программа по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» разработана в соответствии со следующими нормативными правовыми актами и учебно-программной документацией:

- Кодекс Республики Беларусь об образовании от 13.01.2011 №243-З;
- типовой учебный план по специальности 1-08 80 04 Физическая культура и спорт, утвержденной 21.03.2019 (рег. № В 08-2-003/пр-тип.);
- Порядок разработки и утверждения учебных программ и программ практики для реализации содержания образовательных программ высшего образования второй ступени, утвержденный Министром образования Республики Беларусь 06.04.2015.

Учебная дисциплина «Психология здорового образа жизни» представляет собой систематизированное изложение теоретико-методологических и организационно-практических основ в сфере охраны здоровья и профилактики болезней, умений и навыков их применения в профессиональной деятельности. Она способствует пониманию принципов психического развития человека с целью поддержания психологического благополучия, предупреждения психических (функциональных и органических) расстройств, девиаций поведения, нарушений социально-психологической адаптации, сохранения и укрепления здоровья людей для их полноценной жизни и деятельности.

В системе подготовки специалиста с высшим образованием второй ступени учебная дисциплина связана с такой учебной дисциплиной как «Педагогика и психология высшего образования».

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель учебной дисциплины: формирование у магистрантов представления о современных направлениях и концепциях, практических методах и актуальных прикладных проблемах психологии здорового образа жизни.

Задачи учебной дисциплины:

- освоить отечественные и зарубежные подходы к пониманию здорового образа жизни, выделить психологические факторы и критерии;
- развить и совершенствовать практические умения изучения биологических и психосоциальных факторов, оценки риска нарушений психического и соматического здоровья;
- приобрести необходимые знания психологической коррекции, профилактики и релаксации, а также обучение самостоятельному

проведению психогигиенических мероприятий в сложной психологической обстановке;

- владеть методами управления динамикой развития психики под влиянием на организм природных, социально-бытовых и физиологических факторов, с методами активного воздействия на среду и организм;

- привить магистрантам внутреннюю мотивацию к углубленному изучению данной учебной дисциплины и чувство личной ответственности за уровень своей профессиональной подготовленности к взаимодействию с людьми;

- способствовать формированию у магистрантов нравственных качеств как обязательного условия успешного выполнения своих профессиональных обязанностей.

ТРЕБОВАНИЯ К ФОРМИРОВАНИЮ КОМПЕТЕНЦИЙ И УРОВНЮ ОСВОЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

В результате изучения учебной дисциплины «Психология здорового образа жизни» формируется углубленная профессиональная компетенция:

УПК-2 Осуществлять планирование, организацию, контроль и корректировку образовательного процесса, научно-исследовательской, организационно-управленческой, спортивной, физкультурно-оздоровительной деятельности, выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства коммуникации

В результате изучения учебной дисциплины магистрант должен

знать:

- основные подходы и концепции психологии здорового образа жизни;
- модели и структурные компоненты здорового образа жизни;
- психологические причины и виды нарушений психического и соматического здоровья;

- основные направления формирования психологии здорового образа жизни;

уметь:

- учитывать различные психологические факторы, влияющие на развитие болезни;

- составлять программу психологической профилактики заболеваний;
- характеризовать различные направления формирования мотивации здорового образа жизни;

- использовать методы психологии здорового образа жизни для изучения и развития психических качеств, влияющих на развитие и отношение к болезни;

владеть:

- терминологическим аппаратом психологии здорового образа жизни;
- междисциплинарным подходом при решении проблем психологии здорового образа жизни;

- профессиональными и этическими нормами и стандартами поведения, индивидуально-психологическими и личностными

особенностями людей разных возрастов, стилей их жизнедеятельности, познавательной и профессиональной деятельности.

Изучение учебной дисциплины рассчитано на общее количество часов – 90, из них 34 – аудиторные часы. Примерное распределение аудиторных часов по видам занятий: лекции – 20 часов, практические занятия – 14 часов.

Форма текущей аттестации по учебной дисциплине – зачет.

СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО МАТЕРИАЛА

Модуль 1 (М-1)

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Тема 1. Подходы к пониманию здоровья: история становления и современное состояние вопроса

Предметная область, методологические основы, теоретическая проблематика и практические задачи психологии здоровья. История становления психологии здоровья как научного направления. Определение психологии здоровья и задачи исследования. Современное мультидисциплинарное понятие здоровья. Здоровье как системное понятие.

Тема 2. Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья

Предрасполагающие факторы: поведенческие паттерны, поддерживающие диспозиции (выносливость, оптимизм / пессимизм, сила «Я»), эмоциональные паттерны (алекситимия, репрессивный личностный стиль). Когнитивные факторы: представления о болезни, восприятие риска и уязвимость, контроль. Передающие факторы: совладание (копинг), употребление и злоупотребление веществами, виды поведения, способствующие здоровью, соблюдение правил по поддержанию здоровья и приверженность им. Факторы социальной среды: социальная поддержка, брак и семья, профессиональное окружение. Переменные: пол, возраст, этнические группы и социальные классы. Критерии психического и социального здоровья.

Тема 3. Здоровье как социальный феномен

Популяция и общество. Здоровье общества и девиантное поведение. Развитие теоретических представлений о здоровье общества. Социальная структура и здоровье. Социальные классы. Классовая (стратификационная) мобильность. Гендерные группы и семья. Модель социального стресса. Стресс социальных изменений. Возрастные группы. Здоровье в территориальных общностях. Здоровье городского и сельского населения. Межгосударственная миграция и ее влияние на здоровье. Организационная патология. Безработица. Система здравоохранения как институт социального контроля. Душевное здоровье и культура.

Тема 4. Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума

Проблема факторов риска в возникновении психических и поведенческих расстройств в детском, подростковом, юношеском, зрелом и старческом возрастах. Внутриутробное развитие плода. Влияние эндогенных и экзогенных факторов на формирование нервной системы плода. Изучение

раннего психического онтогенеза. Понятие о перинатальной психологической коррекции. Психологические характеристики полноценного развития ребенка в младенческом, дошкольном, младшем школьном, подростковом и юношеском возрастах. Влияние биологических и социальных факторов на формирование психики. Психологическая помощь детям и подросткам в критические периоды жизни.

Тема 5. Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений

Влияние членов семьи на формирование психики ребенка, подростка, профилактика психических нарушений в семейном воспитании. Понятие о гармоничном и дисгармоничных стилях семейного воспитания. Психологическая диагностика стилей семейного воспитания. Болезнь члена семьи как семейный симптом. Влияние родительства на психическое здоровье членов семьи и его дестабилизацию.

Тема 6. Индивидуально-типологические аспекты психического и соматического здоровья. Гендер и здоровье

Конституционально обусловленные дисгармонии личности, влияющие на формирование психологических проблем и психических нарушений. Классификация и формы акцентуаций характера. Альфа- и бета-предубеждения в поведении мужчин и женщин. Тенденции представлений о здоровье у мужчин и женщин. Гендерный подход к психическому здоровью. Характеристика факторов среды и индивидуальной реактивности, их роль в возникновении и течении психических и поведенческих расстройств у мужчин и женщин разного возраста, социального положения, рода занятий.

Модуль 2 (М-2)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Тема 7. Поведенческие факторы риска в возникновении хронических заболеваний

Соотношение понятий «образ жизни», «стиль жизни» и «здоровый образ жизни». Модель убеждений (М. Бекер, И. Розеншток). Теория мотивации самосохранения (Дж. Мэддокс). Теория целенаправленного поведения (А. Эйзен, М. Фишбейн). Интегративная превентивная модель в сфере персонального и общественного здоровья (Л. Кэльс, Л. Монтада). Транстеоретическая модель поведенческих изменений (Дж. Прохазка). Мультистадиальная модель поведенческих изменений (С. Липпке, Дж. Зегельманн).

Тема 8. Безопасное и рискованное поведение

Понятия здорового и безопасного поведения. История эмпирических исследований безопасного поведения. Теория ожидаемой ценности как основа моделей безопасного и рискованного поведения. Основные факторы безопасного поведения: воспринимаемый риск, воспринимаемая стоимость

поведения, воспринимаемый контроль. Статические и динамические (процессуальные) модели безопасного поведения.

Понятие рискованного поведения. Психологические факторы рискованного поведения. Рискованное поведение у представителей различных возрастных и социальных групп. Психологические факторы рискованного поведения.

Тема 9. Личностные факторы здоровья человека

Личностные факторы здоровья человека: жизнестойкость, психологическая устойчивость, чувство связности, стиль каузальной атрибуции (оптимизм и пессимизм, локус контроля), стратегии преодоления стресса, защитные механизмы, личностные черты, мотивационная сфера, представления о мире, межличностные взаимоотношения. Концепция личностных профилей (Ф. Данбар). Концепция поведенческих типов А и В (Г. Фридман, Р. Розенман). Поведенческий тип С (Т. Моррис, С. Грир). Поведенческий тип D (Дж. Денолле). Личностные черты и здоровье человека: концепция «Большой пятерки» (Л. Голдберг). Социальная поддержка и здоровье человека. Возможные механизмы связи личностных факторов и здоровья человека.

Тема 10. Отношение к здоровью

Здоровье в системе жизненных ценностей. Понятие отношения здоровья в отечественной науке (Г.С. Никифоров, И.В. Журавлева). Концепция отношений личности В. Н. Мясищева как основа исследований отношения к здоровью. Отношение к здоровью как система ценностных суждений, составляющая мотивационную основу для ведения здорового образа жизни. Когнитивный, эмоциональный и мотивационный компоненты отношения к здоровью. Причины несоответствия между компонентами отношения к здоровью. Социальные и индивидуальные показатели отношения к здоровью. Историческая динамика отношения к здоровью. Национальные, культурные, гендерные и возрастные аспекты отношения к здоровью.

Тема 11. Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни

Основные задачи психологической практики в сфере здоровья: повышение уровня субъективного благополучия, изменение отношения к здоровью на уровне индивида и общества, стимуляция безопасного поведения, повышение эффективности работы системы здравоохранения. Классификация практических методов психологии здоровья по механизмам их воздействия: когнитивно-бихевиоральные, эмоциогенные, соревновательно-вознаграждающие методы. Классификация методов психологии здоровья по целям их применения: методы поведенческих изменений, методы усиления самоконтроля, методы стимуляции коллективных изменений. Экологический и образовательный подходы к профилактике заболеваний. Комплексная модель построения

профилактической программы (Л. Грин, М. Кретер). Проблема соотношения психологической теории и практики в сфере здоровья. Принципы психологической оценки эффективности профилактических программ.

Понятие сопротивления в психологии здоровья. Психологические и социальные факторы сопротивления профилактическим воздействиям. Гендерные, социоэкономические и индивидуально-психологические различия в уровне сопротивления.

Роль профилактических обследований и вакцинации в профилактике заболеваний. Психологические факторы, препятствующие обследованиям и вакцинации.

Репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье. Факторы, влияющие на репродуктивное здоровье. Роль психологических методов в профилактике аборт и инфекций, передающихся половым путем. Социально-психологические факторы, связанные с уровнем рождаемости.

Понятие о рациональном (здоровом) питании. Методы оценки оптимального веса. Индекс массы тела. Психологические факторы развития ожирения. Диетическое поведение и его последствия для здоровья. Диета как социальная практика. Психологические концепции диетического поведения.

Понятие о физической активности. Взаимосвязь физической активности и здоровья человека. Психологические факторы, определяющие уровень физической активности. Самоэффективность, социальные нормы и социальная поддержка как факторы физической активности. Динамические психологические модели физической активности.

Понятия злоупотребления психоактивными веществами и зависимости от психоактивных веществ. Виды психоактивных веществ. Влияние психоактивных веществ на здоровье человека. Факторы начала употребления психоактивных веществ. Методы профилактики употребления психоактивных веществ.

Безопасное поведение на дороге и на производстве. Когнитивные, мотивационные и характерологические факторы производственного травматизма. Стресс на работе: факторы возникновения и профилактика дезадаптивных состояний.

Модуль контроля (М-К₁, М-К₂)

Контроль результатов учебной деятельности по М-1, М-2 «Общие вопросы психологии здорового образа жизни», «Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни»

Контроль осуществляется в форме контрольной работы или тестирования с разноуровневыми заданиями (уровень узнавания; воспроизведение по памяти; воспроизведение на уровне понимания и применения знаний на практике; творческая деятельность).

Возможны другие формы контроля успеваемости: коллоквиум.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

№ модуля, темы	Название модуля, темы	Количество аудиторных часов		Количество часов УСР	Форма контроля знаний
		Лекции	Семинарские занятия		
М-1	Общие вопросы психологии здорового образа жизни	12	4	2	
1	Подходы к пониманию здоровья: история становления и современное состояние вопроса	2	-	-	реферат
2	Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья	2	-	-	
3	Здоровье как социальный феномен	2	-	-	
4	Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума	2	2	-	реферат
5	Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений	2	-	2	опрос, реферат
6	Индивидуально-типологические аспекты психического и соматического здоровья. Гендер и здоровье	2	2	-	опрос, реферат
М-2	Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни	10	6	2	
7	Поведенческие факторы риска в возникновении хронических заболеваний	2	2	-	опрос
8	Безопасное и рискованное поведение	2	-	-	
9	Личностные факторы здоровья человека	2	2	-	опрос, реферат
10	Отношение к здоровью	2	-	-	
11	Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни	2	-	2	практическое задание
М-К₁, М-К₂	Контроль результатов учебной деятельности по М-1, М-2 «Общие вопросы психологии здорового образа жизни», «Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни»	-	2	-	

	Итого	22	10	4	
--	--------------	-----------	-----------	----------	--

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКАЯ КАРТА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

(заочная форма получения образования)

№ модуля, темы	Название модуля, темы	Количество аудиторных часов		Количество часов УСР	Форма контроля знаний
		Лекции	Семинарские занятия		
М-1	Общие вопросы психологии здорового образа жизни	12	4	2	
1	Подходы к пониманию здоровья: история становления и современное состояние вопроса	2	-	-	реферат
2	Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья	2	-	-	
3	Здоровье как социальный феномен	2	-	-	
4	Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума	2	2	-	реферат
5	Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений	2	-	2	опрос, реферат
6	Индивидуально-типологические аспекты психического и соматического здоровья. Гендер и здоровье	2	2	-	опрос, реферат
М-2	Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни	10	6	2	
7	Поведенческие факторы риска в возникновении хронических заболеваний	2	2	-	опрос
8	Безопасное и рискованное поведение	2	-	-	
9	Личностные факторы здоровья человека	2	2	-	опрос, реферат
10	Отношение к здоровью	2	-	-	
11	Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни	2	-	2	практическое задание
М-К₁, М-К₂	Контроль результатов учебной деятельности по М-1, М-2 «Общие вопросы психологии здорового образа жизни», «Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа жизни»	-	2	-	
	Итого	22	10	4	

ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы магистрантов по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни»

Самостоятельная работа магистрантов по изучению учебной дисциплины является важным условием освоения учебного материала и формирования профессиональных знаний и навыков. В процессе самостоятельной работы магистрант развивает свои аналитические способности, навыки самоорганизации, вырабатывает привычку систематического чтения. При этом своевременная самостоятельная работа магистранта позволяет минимизировать затраты, в том числе и временные, по изучению учебного материала и добиваться прочного его усвоения.

Основными направлениями самостоятельной работы магистранта являются:

- первоначально подробное ознакомление с учебной программой по учебной дисциплине;
- ознакомление со списком рекомендуемой литературы по учебной дисциплине в целом и ее разделам, наличие ее в библиотеке и других доступных источниках, изучение необходимой литературы по теме, подбор дополнительной литературы;
- изучение и расширение лекционного материала преподавателя за счет специальной литературы, консультаций;
- подготовка к практическим занятиям по специально разработанным планам с изучением основной и дополнительной литературы;
- подготовка к выполнению диагностических форм контроля (тесты, контрольные работы, устные опросы и т.п.);
- подготовка к зачету.

ДИАГНОСТИКА КОМПЕТЕНЦИЙ МАГИСТРАНТОВ

Учебным планом специальности в качестве формы текущей аттестации магистрантов по учебной дисциплине «Психология здорового образа жизни» предусмотрен зачет. Результаты текущей аттестации студентов в форме зачета оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено». Положительной является отметка «зачтено», отметка «не зачтено» является неудовлетворительной.

Для промежуточного контроля знаний студентов по учебной дисциплине и диагностики компетенций студентов используются следующие формы:

Устная форма:

1. Собеседования.
2. Коллоквиумы.
3. Устный опрос.
4. Устный зачет.

Письменная форма:

1. Тесты.
2. Рефераты.
3. Практическое задание.
4. Письменный зачет.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ:

1. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки : учеб. пособие для студентов вузов / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. – М. : Академия, 2001. – 352 с.

2. Родионов, А. В. Психология физического воспитания и спорта : учеб. студентов вуза физкультур. профиля / А. В. Родионов. – М. : Академический Проект, 2004. – 576 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

3. Ананьев, В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.

4. Белов, В. И. Психология здоровья / В. И. Белов. – СПб. : РЕСПЕКС, 1997. – 288 с.

5. Бовина, И. Б. Социальная психология здоровья и болезни / И. Б. Бовина. – М. : Аспект Пресс, 2011. – 256 с.

6. Гогун, Е. Н. Психология физического воспитания и спорта : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Е. Н. Гогун, Б. И. Мартыанов. – 2-е изд., дораб. – М. : Академия, 2004. – 224 с.

7. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2011. – 949 с.

8. Гринберг, Д. С. Управление стрессом / Д. С. Гринберг. – СПб. : Питер, 2004. – 496 с.

9. Журавлева, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева. – М. : Наука, 2012. – 238 с.

10. Кодекс Республики Беларусь об образовании : с изм. и доп. по сост. на 12 марта 2012 г. – Минск : НЦПИ РБ, 2012. – 400 с.

11. Малейчук, Г. И. Психологическое здоровье личности: клинично-феноменологический подход / Г. И. Малейчук. – Брест : БрГУ, 2013. – 205 с.

12. О физической культуре и спорте [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь, 4 янв. 2014 г., № 125-З : принят Палатой представителей 5 дек. 2013 г. : одобр. Советом Респ. 19 дек. 2013 г. : ред. от 9.01.2018 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2019.

13. Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.

14. Уэйнберг, Р. С. Основы психологии спорта и физической культуры / Р. С. Уэйнберг, Д. Гоулд. – Киев : Олимпийская литература, 1998. – 335 с.

15. Фролова, Ю. Г. Психология и общественное здоровье: социально-психологические аспекты профилактики заболеваний / Ю. Г. Фролова. – Минск : БГУ, 2014. – 195 с.

ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ УЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ УВО

Название учебной дисциплины, с которой требуется согласование	Название кафедры	Предложения об изменениях в содержании учебной программы учреждения высшего образования по учебной дисциплине	Решение, принятое кафедрой, разработавшей учебную программу (с указанием даты и номера протокола)
Педагогика и психология высшего образования	Педагогики		Рекомендовать к утверждению (28.05.2019 № 12)
Педагогика и психология высшего образования	Психологии		Рекомендовать к утверждению (16.05.2019 № 11)

Заведующий
кафедрой психологии

В.Г.Сивицкий

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХОЛОГИИ ЗДОРОВЬЯ

Тема 1.1. Подходы к пониманию здоровья: история становления и современное состояние вопроса (2 часа)

Предметная область, теоретическая проблематика и практические задачи психологии здоровья.

Психология здоровья – это наука о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития (В.А. Ананьев).

Понятие «психология здоровья» значительно более масштабное понятие, чем, скажем, «психогигиена» или «психопрофилактика», задача которых предупреждать возникновение психических расстройств.

Психология здоровья имеет более широкое поле теоретических и практических задач, включает в себя не только предупреждение развития психической и соматической патологий. Психология здоровья как научно-практическое направление призвано экологично расширять возможности восприятия и адаптивного поведения человека в его жизненной среде. Расширение рамок сознания неизбежно приводит к пониманию человеком его неостребованных способностей, которые могут побудить жить настолько полно, насколько позволяет присущий ему неосознанный и безмерный потенциал. Совершенствование человека есть процесс, не имеющий конечной формы или портрета идеальной личности.

Потребность саморазвития и обогащения личности не может быть принципиально удовлетворена. Это бесконечное путешествие за горизонт.

Объектом психологии здоровья является, с известной долей условности, «здоровая», а не «больная» личность. «Немного переупрощая, можно сказать, что З.Фрейд представляет нам больную часть психологии, и мы должны теперь дополнить ее здоровой частью» (А. Маслоу).

Предметом психологии здоровья являются психологические корреляты (факторы) здоровья.

Цель психологии здоровья — это сохранение, укрепление и развитие духовной, психической, социальной и соматической составляющих здоровья.

В таком случае само здоровье можно рассматривать в качестве оптимальной предпосылки (условий) для выполнения человеком намеченных жизненных целей и задач, что является основой понимания, поиска и реализации смысла жизни. Главной целью ее является всестороннее совершенствование человека.

Задачи психологии здоровья:

- 1) повышение уровня психологической культуры (степень совершенства в овладении психологическими знаниями и деятельностью);
- 2) повышение уровня культуры общения (степень совершенства в области внешней и внутренней коммуникации);

3) определение путей и условий для самореализации, раскрытия своего творческого и духовного потенциала.

Психология здоровья включает в себя теорию и практику предупреждения различных психических и психосоматических заболеваний; мероприятия по коррекции индивидуального развития и адаптации к условиям (требованиям) социальной жизни; создание условий для реализации потенциальных возможностей человека, его удовлетворенности жизнью и оказания психологической помощи при завершении жизненного пути. Психология здоровья представляет собой междисциплинарную область психологических знаний о причинах заболеваний; факторах, благоприятных для здоровья, и условиях развития индивидуальности на протяжении всего жизненного пути человека.

История становления психологии здоровья как научного направления.

Психология здоровья еще только утверждается в отечественной психологии в качестве новой и самостоятельной области научного знания. Огромная заслуга в ее постановке и привлечении к ней внимания широкой общественности принадлежит академику Владимиру Михайловичу Бехтереву (1857-1927).

В целом XX в. был отмечен возрастающей ролью психологии в обеспечении здоровья, в изменении взглядов на соотношение между психикой и телом. В 1930-е гг. многие исследователи обратили внимание на взаимосвязь между эмоциональной жизнью человека и его физиологическими процессами. Исследования в этом направлении привели к появлению новой научной области: **психосоматической медицины**. В 1938 г. начинает выходить журнал «Психосоматическая медицина». Через год эта область исследований трансформировалась в общество, которое сегодня называется «Американское психосоматическое общество». В течение первых 25 лет его существования трактовка заболеваний велась преимущественно с психоаналитических позиций. Психосоматическая медицина опирается главным образом на медицинские дисциплины и особенно на психиатрию.

В 1960-е гг. в недрах психосоматической медицины формируются подходы и теории, предполагающие взаимосвязь психологических и социальных факторов, с одной стороны, и физиологических функций — с другой. Соответственно рассматривается влияние этой взаимосвязи на процесс развития и течения заболеваний. В итоге в начале 1970-х гг. появилась научная отрасль, направленная на изучение роли психологии в этиологии заболеваний. Она получила название **поведенческой (бихевиоральной) медицины**. В рамках ее было показано, что взаимосвязь между психикой и телом куда более непосредственная и всеобъемлющая, чем было принято считать прежде. В рамках этого направления была разработана и терапевтическая техника «биологическая обратная связь», эффективность которой подтвердилась при лечении гипертонии, головной боли и других заболеваний. В конце 1970-х гг. был учрежден «Журнал бихевиоральной медицины» и соответствующее общество.

Примерно в это же время возникает еще одна область исследований, полностью принадлежащая психологии. Она получила название **психология здоровья**. Отделение «Психология здоровья» было открыто в Американской психологической ассоциации в 1978 г. С 1982 г. выходит журнал «Психология здоровья».

В 1986 г. было основано Европейское психологическое общество, в конце 1990-х гг. возникают национальные организации психологии здоровья во многих странах западной Европы.

Интерес к проблеме психического здоровья личности проявился со стороны российских ученых значительно раньше зарождения психологии здоровья как самостоятельной отрасли психологической науки. Впервые он прозвучал в 1905 г. в Киеве на 2-м съезде российских психиатров в трудах академика В.М. Бехтерева, в его докладе на тему «Личность и условия ее развития и здоровья». В 1989 г. при факультете психологии Санкт-Петербургского госуниверситета была создана кафедра психологического обеспечения профессиональной деятельности, которую возглавил профессор Г.С. Никифоров. Коллектив данной кафедры занялся изучением психического, в том числе и профессионального, здоровья. В 1991 г. вышла коллективная монография сотрудников кафедры «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности», в которой психологии здоровья была посвящена отдельная глава. Тогда же в журнале «Вестник ЛГУ» была опубликована статья доцентов упомянутой выше кафедры Н. Е. Водопьяновой и Н. В. Ходыревой «Психология здоровья». В сущности, это была одна из первых попыток отечественных авторов проанализировать состояние психологии здоровья, сформулировать ее основные задачи исследования.

В 1999 г. появилась весьма обстоятельная монография профессора И. Н. Гурвича «Социальная психология здоровья», в которой автор представил не только результаты собственных исследований, но и систематизировал обширный зарубежный опыт последних десятилетий. В 2000 г. издательство Санкт-Петербургского госуниверситета выпустило в свет первую коллективную монографию «Психология здоровья», авторами которой стали ведущие петербургские специалисты в этой области. В апреле 2000 г. в Санкт-Петербурге прошла первая конференция, посвященная вопросам психического здоровья.

Наряду с основательной общепсихологической подготовкой специалисты в области психологии здоровья должны получать углубленные знания и в вопросах психогигиены, психопрофилактики, а также психосоматического здоровья и психотерапии. Большинство профессиональных психологов здоровья работают в больницах, клиниках, на кафедрах колледжей и университетов, в научных лабораториях, центрах здоровья и психологического консультирования, кабинетах психологической разгрузки, семьи и брака.

Тема 1.2. Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья

Предрасполагающие факторы.

Выделяют три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью: *независимые, передающие и мотиваторы* (рисунок 1).

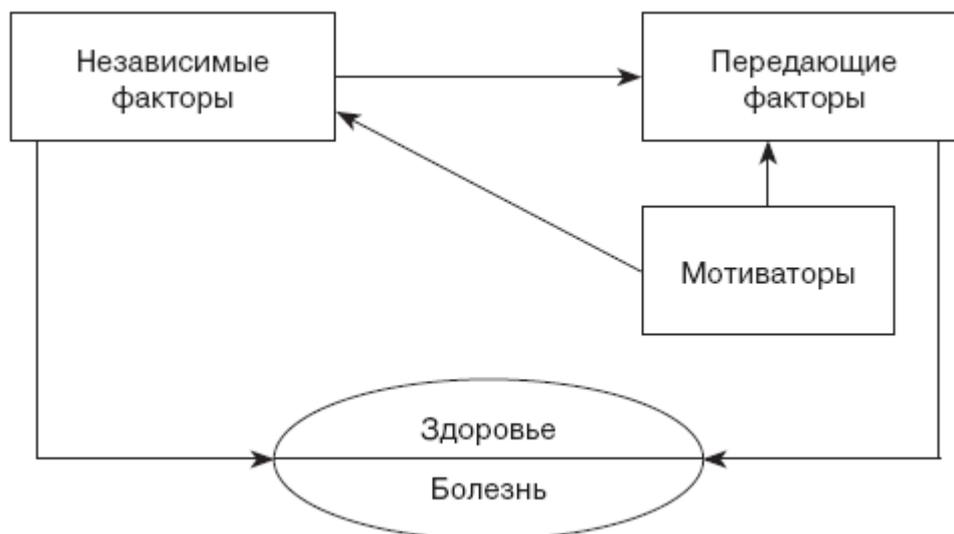


Рисунок 1 - Факторы, влияющие на болезнь и/или здоровье

Рассмотрим более подробно содержание и взаимосвязь этих факторов.

Содержание факторов. **Независимые**, или предшествующие, факторы (блок I) показывают самые сильные корреляции со здоровьем и болезнью. Они включают личностные характеристики, поведенческие особенности, а также все когнитивные, демографические и социальные ресурсы человека.

Среди независимых факторов выделяют: а) факторы, предрасполагающие к здоровью и/или болезни; б) когнитивные факторы; в) факторы социальной среды; г) демографические факторы.

Охарактеризуем группу независимых факторов.

К **предрасполагающим** факторам относятся: *поведенческие паттерны, поддерживающие диспозиции и эмоциональные паттерны*.

Поведенческие паттерны. Фактор поведения типа *A* — наиболее исследованный поведенческий паттерн, влияющий на возникновение сердечно-сосудистых заболеваний (в частности, ишемическую болезнь сердца — ИБС). В современной литературе он определяется как деятельностно-эмоциональный комплекс, включающий следующие характеристики: 1) поведенческие позиции (амбициозность, агрессивность, компетентность, раздражительность); 2) специфическое поведение (мышечное напряжение, быстрый и эмоциональный стиль речи, убыстренный тип деятельности); 3) преобладающие эмоциональные ответы (раздражение, враждебность, гнев).

Поведение типа *B* противоположно по своим характеристикам поведению типа *A*.

Некоторые ученые считают, что поведение типа *A* проявляется только в определенных ситуациях. Последние исследования поведения этого типа как предшествующего ишемической болезни сердца (ИБС) связывают с ним только одну — наиболее прогностичную черту личности, а не весь комплекс характеристик поведения *A*. Эта черта получила название «потенциал враждебности».

Поддерживающие диспозиции — это личностные конструкты, связанные с индивидуальными возможностями реагирования на трудности в оптимистической или пессимистической манере. В настоящее время выделяют следующие личностные диспозиции: оптимизм/пессимизм, сила «Я» и выносливость. Под оптимизмом понимается поведенческая особенность, характеризующаяся позитивными устойчивыми усилиями, направленными на улучшение ситуации. Пессимизм — прямо противоположная особенность. Различия между пессимистами и оптимистами определяются способами индивидуального отбора и использованием стратегий контроля. Силу «Я» многие исследователи представляют как механизм, связывающий психосоциальное влияние со здоровьем. Она может влиять на физиологическую систему, опосредующую здоровое функционирование.

Эмоциональные паттерны. В основном изучаются трудности в эмоциональном выражении, которые имеют два аспекта. Первый известен как «алекситимия». Она рассматривается как неспособность использовать язык для описания эмоционального опыта. Подобные трудности связаны со множеством психосоматических расстройств, например, с хроническими болями и заболеваниями дыхательной системы, в том числе бронхиальной астмой. Вторым аспектом трудностей в выражении эмоций — поведенческий тип *C*, получивший название репрессивного личностного стиля. Он характеризуется избеганием потенциальных повреждающих ситуаций, которые бы могли бы привести к сознательному конфликту или затрудненному опыту, вызывающему сложности. Поведение типа *C* предлагается характеризовать как невозможность выражать эмоции, особенно негативные, в открытой манере,

К **когнитивным факторам** относятся представления о здоровье и болезни, о норме в психике и соматике; разнообразные модели веры в лечение, в профилактику; воспринимаемый контроль за обстоятельствами жизни, установки, ценности, атрибуции, психотерапевтические мифы, восприятие риска и уязвимости, самооценка здоровья. Влияние когнитивных факторов на состояние здоровья и болезней исследуется прежде всего в связи с подходами к самому здоровью, болезни, норме, патологии. В настоящее время все большее значение приобретает комплексная многофакторная этиология происхождения заболеваний.

Базовые понятия в группе когнитивных факторов — здоровье, здоровый образ жизни, качество жизни, здоровое поведение.

Виды поведения, способствующие здоровью.

Эффективный *копинг* играет важную роль в поддержании здоровья, предотвращении болезни, более быстром восстановлении при заболеваниях. Он может оказывать влияние на гормональный уровень, вызывать прямые изменения в соматике, влиять на иммунную систему, снижать вредные воздействия стрессора. Существуют различные классификации копинг-стратегий, например, выделяют категории эмоционально-, когнитивно- и поведенчески-сфокусированных ответов на стрессы. Так, саморегуляцию относят в основном к эмоционально-сфокусированным ответам. Другие классификации используют в качестве основания различия в содержании поведения (например, поиски социальной поддержки, религиозность, конструктивное решение проблем, избегание и т. д.).

Но совладание с проблемами при помощи *употребления и злоупотребления различными веществами* может продуцировать и вредный для здоровья результат. Широко распространенный культурный паттерн такого совладания необходимо заменять таким же доступным, дешевым и простым способом копинга. Иначе профилактические программы против алкоголизма и наркомании будут оставаться малоэффективными. В последние годы внимание традиционных теорий вредных привычек переключилось с химико-биологических объяснений на когнитивно-поведенческие модели. Это связано с обнаружением универсальных поведенческих стратегий при рецидивах у наркоманов, алкоголиков и людей, имеющих проблемы с пищевым поведением. Когнитивно-поведенческие модели сконцентрировались на познавательных способностях и поведении, приводящих к началу, становлению и возобновлению употребления различных веществ. Установлена значительная корреляция между молодым возрастом, тендером и различными вариантами рискогенного поведения (например, употребление наркотиков и курение).

Виды поведения, способствующие здоровью, — это часть образа жизни, при котором люди способны предвидеть проблему, мобилизоваться, чтобы встретить ее и активно решить. В содержание здорового поведения входят: физические упражнения, здоровое питание, навыки по поддержанию здоровой зубной полости, выполнения правил безопасности, экологические знания и т. д. В целом все это составляет самосохранительное поведение. Но чем мотивировано такое поведение — вопрос дискуссионный.

Соблюдение правил по поддержанию здоровья и *приверженность* им — это добровольные усилия, направленные на планирование и осуществление лечения, на сохранение здоровья при условии выполнения определенных действий. К ним относится регулярное выполнение различных лечебных и профилактических процедур: профилактические самоосмотры, регулярная забота о зубной полости, использование ремней безопасности, посещение групп поддержки, снижение веса и увеличение физических нагрузок, выполнение лечебных процедур. Чем более сильными и опасными воспринимаются заболевания, тем большую приверженность правилам проявляют люди.

Критерии психического и социального здоровья.

Одним из критериев психического здоровья с позиций целостного подхода является феномен психического равновесия. Он включает гармонию взаимодействия различных сфер личности – эмоциональной, волевой, познавательной. Нарушения психического равновесия приводят к личностным деградациям, деструкциям, социальной и персональной дезадаптации. Именно критерий психического равновесия связан с целостным развитием личности, ее адаптивными возможностями и свойствами, их адекватностью реакций на внешние воздействия (Л.Д. Демина, И.А. Ральникова).

О.В. Хухлаева в качестве важного критерия психического (психологического) здоровья называет гармонию. Функцией психического здоровья, согласно О.В. Хухлаевой, является поддержание активного динамического баланса между человеком и окружающей средой в ситуациях, требующих мобилизации ресурсов личности. Саморегулируемость же определяется ей в качестве центральной характеристики психологически здорового человека как возможность адекватного приспособления, как к благоприятным, так и к неблагоприятным условиям, воздействиям.

Делаются попытки составить «портрет» психически (психологически) здорового человека. Если составить обобщенный «портрет» психологически здорового человека, то можно получить следующее. Психологически здоровый человек – это, прежде всего, человек спонтанный и творческий, жизнерадостный и веселый, открытый и познающий себя и окружающий мир не только разумом, но и чувствами, интуицией. Он полностью принимает самого себя и при этом признает ценность и уникальность окружающих его людей. Такой человек возлагает ответственность за свою жизнь, прежде всего на самого себя и извлекает уроки из неблагоприятных ситуаций. Его жизнь наполнена смыслом, хотя он не всегда формулирует его для себя. Он находится в постоянном развитии и, конечно, способствует развитию других людей. Его жизненный путь может быть не совсем легким, а иногда довольно тяжелым, но он прекрасно адаптируется к быстро изменяющимся условиям жизни. И что важно – умеет находиться в ситуации неопределенности, доверяя тому, что будет с ним завтра. Таким образом, можно сказать, что «ключевым» словом для описания психологического здоровья является слово «гармония», или «баланс». При этом гармония рассматривается не как статическое состояние, а как процесс. Соответственно можно говорить о том, что психологическое здоровье представляет собой динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества, являющихся предпосылкой ориентации личности на выполнение своей жизненной задачи. Жизненную задачу при этом можно рассматривать как то, что необходимо сделать для окружающих именно конкретному человеку с его способностями и возможностями. Выполняя жизненную задачу, человек чувствует себя счастливым, в противном случае – глубоко несчастным.

Выделяют следующие качества психически здорового человека:

- психически здоровый человек ориентирован на реальность;
- психически здоровый человек принимает себя и окружающих такими, какие они есть;
- психически здоровый человек отличается спонтанностью;
- психически здоровый человек нуждается в одиночестве;
- психически здоровый человек автономен и независим;
- у него отсутствует склонность воспринимать людей и окружающее стереотипно;
- ему присуща духовность;
- для него характерна идентификация с человечеством;
- психически здоровый человек способен к близким отношениям с людьми;
- для психически здорового человека свойственны чувство юмора, высокая креативность и низкая конформность.

Социальное здоровье находит отражение в следующих характеристиках: адекватное восприятие социальной действительности; интерес к окружающему миру; адаптация (равновесие) к физической и общественной среде; направленность на общественно полезное дело; культура потребления; альтруизм; эмпатия; ответственность перед другими; бескорыстие; демократизм в поведении.

Тема 1.3. Здоровье как социальный феномен.

Здоровье как системное понятие.

Медицинская модель здоровья. Она предполагает такое определение здоровья, которое содержит лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. Здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов.

Биомедицинская модель здоровья. Здоровье рассматривается как отсутствие у человека органических нарушений и субъективных ощущений нездоровья. Внимание акцентируется на природно-биологической сущности человека, подчеркивается доминирующее значение биологических закономерностей в жизнедеятельности человека и в его здоровье.

Биосоциальная модель здоровья. В понятие здоровья включаются биологические и социальные признаки, которые рассматриваются в единстве, но при этом социальным признакам придается приоритетное значение.

Ценностно-социальная модель здоровья. Здоровье — ценность для человека, необходимая предпосылка для полноценной жизни, удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в труде и социальной жизни, в экономической, научной, культурной и других видах деятельности. Этой модели в наибольшей степени соответствует определение здоровья, сформулированное ВОЗ.

В отношении термина «здоровье» сохраняется неопределенная ситуация, обусловленная существованием одновременно двух подходов к пониманию проблемы психического здоровья:

- 1) понимание здоровья «от болезни» (патоцентрическая, медицинская модель здоровья);
- 2) понимание здоровья «от здоровья» (саноцентрическая, психологическая модель).

В рамках первого подхода психическое здоровье человека определяется отсутствием симптомов и синдромов заболеваний, жалоб и болей, объективных нарушений в функционировании разных систем организма. При этом внимание исследователей уделяется преимущественно описанию и изучению проявлений болезни, нездоровья в психике больных.

В рамках второго подхода понятие здоровья приобретает позитивный статус. Психическое здоровье определяется с учетом наличия индивидуальных ресурсов и возможностей человека, его способности к адаптации и развитию, самореализации и самосовершенствованию. При оценке психического здоровья при таком подходе делается акцент на изучение психики здоровых людей, изучается «внутренняя картина здоровья», способность к самоактуализации и др.

Обобщая мнения специалистов относительно феномена здоровья, можно сформулировать ряд аксиоматических по своей сущности положений:

1. В абсолютном смысле здоровья не существует. Абсолютное здоровье — идеал.

2. Каждый человек здоров условно. Ни один человек не бывает на протяжении всей жизни вполне здоровым.

3. Каждый человек может быть здоров в определенных условиях (климат, пища, труд). Есть подходящие (нормальные) и неподходящие (вредные) жизненные условия для конкретного человека. Условия, нормальные для одного, могут быть ненормальными для другого.

Инициатива в постановке и разработке проблемы психического здоровья с позиций феноменологического подхода принадлежит представителям гуманистической психологии.

Отечественные исследователи, работающие в русле феноменологического подхода в области психического здоровья, подчеркивают его целостный характер, утверждая, что психическое здоровье характеризует личность в целом, ее отношение к миру, себе, собственной жизни.

Определение психического здоровья в категории субъектности предполагает особое отношение к норме психического здоровья. Само понятие «норма» по мнению В.И. Слободчикова, А.В. Шувалова – это не характеристика среднестатистического уровня развития какой-либо способности, не ссылка на отсутствие выраженной патологии, высокую приспособляемость и непротиворечивость требованиям культуры, а указание на возможности высших достижений для данного возраста. Таким образом, норма понимается, во-первых, как норма развития, во-вторых, как норма индивидуальная.

Исходя из вариативности понимания нормы, О.В. Хухлаева предлагает ввести уровни психического здоровья. Она выделяет три его уровня: высший (креативный), средний (адаптивный) и низший (дезадаптивный).

К высшему уровню психического здоровья – креативному – можно отнести людей с устойчивой адаптацией к среде, наличием резерва сил для преодоления стрессовых ситуаций и активным творческим отношением к действительности, наличием созидательной позиции. Такие люди не нуждаются в психологической помощи.

К среднему уровню – адаптивному – можно отнести людей, в целом адаптированных к социуму, однако имеющих несколько повышенную тревожность. Такие люди могут быть отнесены к группе риска, поскольку не имеют запаса прочности психического здоровья и могут быть включены в групповую работу профилактически-развивающей направленности.

Низший уровень – это дезадаптивный, или ассимилятивно-аккомодативный. К нему можно отнести людей с нарушением баланса процессов ассимиляции и аккомодации и использующих для разрешения внутреннего конфликта либо ассимилятивные, либо аккомодативные средства. Ассимилятивный стиль поведения характеризуется, прежде всего, стремлением человека приспособиться к внешним обстоятельствам в ущерб своим желаниям и возможностям. Неконструктивность его проявляется в ригидности, в попытках человека полностью соответствовать желаниям окружающих. Человек, избравший аккомодативный стиль поведения, наоборот, использует активно-наступательную позицию, стремится подчинить окружение своим потребностям. Неконструктивность такой позиции заключается в негибкости поведенческих стереотипов, преобладании экстернального локуса контроля, недостаточной критичности. Люди, отнесенные к данному уровню психического здоровья, нуждаются в индивидуальной психологической помощи.

Рассматривая понятие психического здоровья в свете представлений о единстве биологического (физического, физиологического), психического и социального, можно утверждать, что психическое здоровье предполагает устойчивое, адаптивное функционирование человека на витальном, социальном и экзистенциальном уровнях жизнедеятельности.

Психическое здоровье на витальном уровне жизнедеятельности предполагает осознанное, активное, ответственное отношение человека к своим биологическим потребностям. Такой человек заботится не только о здоровье, чистоте, красоте своего тела, но и исследует, осознает свои привычные движения, жесты, зажимы, мышечный панцирь в целом. Кроме того, психически здоровый человек может исследовать и самоотношение к своему телу.

О психическом здоровье на социальном уровне жизнедеятельности свидетельствует высокая степень гармонизации человеком своих взаимоотношений с обществом. В процессе гармонизации своих взаимоотношений с обществом человек осознает свои социальные потребности, расширяет средства и способы их реализации. В то же время он

формирует собственную автономность, самодетерминацию, самоуправление, реализует заложенные природой силы и способности.

Психическое здоровье на экзистенциальном уровне жизнедеятельности предполагает ориентацию человека на свой глубинный внутренний мир, формирование доверия своему внутреннему опыту, духовных отношений с внешним миром.

Инструментальный компонент предполагает владение человеком рефлексией как средством самопознания, способностью концентрировать свое сознание на себе, своем внутреннем мире и своем месте во взаимоотношениях с другими. Ему соответствует умение человека понимать и описывать свои эмоциональные состояния и состояния других людей, возможность свободного и открытого проявления чувств без причинения вреда другим, осознание причин и последствий, как своего поведения, так и поведения окружающих.

Потребностно-мотивационный компонент определяет наличие у человека потребности в саморазвитии. Это означает, что человек становится субъектом своей жизнедеятельности, имеет внутренний источник активности, выступающий двигателем его развития. Он полностью принимает личную ответственность за свое развитие и становится «автором собственной биографии».

Таким образом, современные исследования психического здоровья:

- подчеркивают его целостный, системно-структурный характер, включающий несколько уровней проявления;
- рассматривают психическое здоровье в непосредственной связи с личностью, как интеграл ее жизнеспособности.

Психическое здоровье можно представить, как нормальное становление человека в качестве самоорганизующейся системы, как показатель открытости и устойчивости системы на всех уровнях ее функционирования (соматическом, психическом, личностном). Процесс "нормального", "здорового" развития человека, осуществляющегося через усложнения его системной организации, идет по пути суверенизации его личности.

Социальная структура и здоровье.

Психологическое здоровье общества является интегральным показателем культуры и развития общества, определяется социально-психологическими установками каждого его индивида на самопознание, самовоспитание и самореализацию здоровьесберегающей деятельности, которые опосредованы культурными традициями, образованием, экономическими условиями, определяющими безопасность и эффективную жизнедеятельность каждого индивида и общества в целом.

Социологический подход к здоровью основывается на негативном его определении. «Здоровое общество» - это то общество, где минимален уровень «социальных болезней». Болезнь по сути своей — биологический феномен, и понятие «социального здоровья» имеет, таким образом, во многом фигуральное (образное) значение.

Фундаментальный факт социологии здоровья как науки — существенные различия в уровнях здоровья между сложившимися в обществе устойчивыми социальными группами. К основным видам таких групп относятся социальные классы, демографические группы (половые и возрастные), территориальные общности (поселения), социальные организации и семья.

Главным механизмом, обуславливающим сходство показателей здоровья представителей устойчивых социальных групп (и соответственно отличие от представителей других групп), является общность условий жизни, субкультуральных особенностей и детерминант связанного со здоровьем индивидуального поведения (ценность здоровья; социальные установки по отношению к медицинской помощи; групповые нормы, регулирующие поведение в сфере здоровья).

Поэтому принадлежность к устойчивым социальным группам зачастую позволяет значительно точнее предсказать уровень индивидуального здоровья, чем конституционально-биологические или личностно-характерологические особенности человека. В социально стабильных обществах структурные характеристики следует рассматривать как важнейшие детерминанты социального здоровья.

Социальные классы. Социальные классы — большие социальные группы, закрепляющие своим существованием вертикальное расслоение (стратификацию) любого человеческого сообщества по признаку неравномерности распределения власти и связанного с ней доступа к совокупным ресурсам данного сообщества. Неравномерность распределения здоровья в обществе по социальным классам (так называемый классовый градиент здоровья) известна человечеству с древнейших времен, хотя научное осмысление впервые получила на рубеже XVII — XVIII вв. Сущность классового градиента здоровья заключается в следующем: чем выше место той или иной социальной группы в вертикальной структуре общества, тем лучше здоровье представителей данной группы.

Основными признаками, позволяющими отнести индивида к определенному социальному классу, принято считать образование, уровень материального дохода и социально-профессиональную позицию (должность).

Каждый из этих признаков (индикаторов) принадлежности к социальному классу подразумевает свои, в определенной мере специфичные механизмы воздействия на здоровье.

Образовательный статус. Образовательный статус приводит в действие два основных механизма формирования уровня здоровья. Первый из них заключается в том, что в процессе получения образования личность развивает навыки преодоления трудностей, с которыми неизбежно связано получение образования. Эти навыки впоследствии с успехом могут быть применены и в других трудных жизненных ситуациях. Следовательно, образование повышает общую сопротивляемость (резистентность) личности к воздействию социального стресса. Кроме того, с повышением образования повышается общий уровень информированности, включающий знания о

современных теориях болезней и методах лечения, сохранения и укрепления здоровья. Развивается и способность к поиску и практическому применению новой информации этого рода.

Материальное благосостояние отражает экономические возможности индивида по использованию ресурсов общества для лечения, сохранения и укрепления здоровья. Другими словами, при высоком уровне благосостояния человеку доступна более квалифицированная лечебно-профилактическая помощь, физическая активность в условиях хорошо оснащенных оздоровительных центров, лучшее и расположенное в экологически благоприятных местностях жилье, высококалорийное питание.

Социально-профессиональная позиция сама по себе отражает высокий уровень здоровья, так как формируется под действием факторов селекции (профессионального отбора). Исследования показывают, что при принятии решений о должностном продвижении психическое и физическое здоровье претендентов на руководящие должности учитывается в первую очередь.

Высокий должностной статус подразумевает, как правило, и высокий уровень материального вознаграждения, т. е. обуславливает материальное благосостояние.

Эмпирически показано, что все три индикатора социально-классовой принадлежности в современных западных обществах проявляют тенденцию к совместному варьированию. Так, индивид, имеющий высокий уровень образования, чаще всего будет также иметь и высокий уровень дохода, и высокую должностную позицию.

С психологической точки зрения эти показатели социально-классовой принадлежности имеют различное содержание. Уровень образования отражает социальные притязания (аспирации) индивида, тогда как материальный и должностной статус — реальные жизненные достижения. Следует отметить, что рассмотренные индикаторы социального статуса, т. е. принадлежности к социальному классу, не являются исчерпывающими. Для определения социального класса можно использовать место проживания (там, где существует соответствующая дифференциация территории — бедные и богатые районы), характер собственности на жилье (свое или арендуемое), тип жилья (например, наличие собственного дома), место проведения отдыха и т. п. Однако в конкретном исследовании подобные индикаторы выполняют скорее вспомогательную роль.

Существуют некоторые устойчивые закономерности распределения отдельных групп заболеваний по социальным классам. Так, физическим (соматическим) заболеваниям, а из психических заболеваний — шизофрении больше подвержены представители низших классов. Циклофрения (маниакально-депрессивный психоз) чаще присуща представителям высших классов. Проявления девиантного поведения, оказывающие повреждающее влияние на здоровье, чаще встречаются в «полярных» классах — среди «сверхбогатых» и «деклассированных».

Гендерные группы и семья.

Различие людей по полу — самоочевидный факт дифференциации человеческой популяции, однако поведенческие особенности полов больше детерминированы специфичными для данного пола в данном обществе социальными ролями, нежели биологическими различиями полов.

Именно отсюда возникло понятие **гендера** — социального пола, формирующегося в процессе социализации и проявляющегося в полоспецифичном ролевом социальном поведении, в отличие от биологического пола, детерминированного хромосомным набором индивида.

После Второй мировой войны в западных обществах выявляется устойчивое различие между гендерными группами по показателям состояния здоровья.

Средняя продолжительность жизни женщин в развитых странах на 10 и более лет больше, чем у мужчин. Доказано, что у женщин более высокая самооценка своего здоровья и терминальная ценность здоровья также выше, чем у мужчин, для которых важнее работа (карьера). Отношение женщин к своему здоровью более деятельное и в большей степени соответствует требованиям здорового образа жизни. В целом, для женщин характерен более высокий уровень адекватности отношения к здоровью.

Смертность мужчин, в отличие от женщин, в большей мере связана с криминальными причинами, травматизмом и алкоголизацией. Средний возраст дожития у мужчин, как правило, ниже, чем у женщин. Сформулированы три теоретические модели, объясняющие тендерные различия в состоянии здоровья.

1. **Социализационная гипотеза** предполагает, что выявляемые различия в состоянии здоровья между полами обусловлены различием реакций на переживаемый стресс и вызванную им симптоматику в зависимости от неформальных (резидуальных) норм, регулирующих полоролевое поведение и усвоенных в процессе социализации. Для женщин при переживании стресса нормативно приемлемо осознавать свое состояние как заболевание и обращаться за медицинской помощью. Для мужчин же проявлять симптомы и обращаться за медицинской помощью нормативно неприемлемо; «мужской» паттерн реакции на стресс диктует алкоголизацию и антинормативное поведение. Поэтому феминный дезадапционный паттерн чаще фиксируют врачи, а маскулинный — полицейские. Этим же объясняется более высокая смертность мужчин по криминальным причинам и по причинам, связанным с алкоголизацией.

2. **Биологическая гипотеза** связывает особенности состояния здоровья женщин с биологической спецификой строения и функционирования женского организма, обусловленной функцией деторождения. Эта гипотеза хорошо объясняет симптомы так называемого синдрома предменструального напряжения у женщин, а также заболевания инволюционного периода.

3. **Гипотеза «ролевой перегрузки»**, так же как социализационная гипотеза, исходит из общетеоретического представления о стрессе. Предполагается, что если мужчина в современном обществе выполняет две

основные социальные роли — «работника» («кормильца семьи») и «отца семейства», то женщина — три: «работницы», «матери семейства» и «воспитательницы детей». Подобная «ролевая перегрузка» является, согласно «инженерной модели» стресса, постоянным источником последнего в выполнении женщиной ее основных социальных ролей.

Семья — первичная малая социальная группа, в основе формирования которой лежат кровнородственные связи. Традиционная семья многопоколенная, ее возглавляет старший по возрасту мужчина, а управление в ней строится на основе авторитарных принципов. Психоаналитическая традиция связывает с такой патриархальной семьей возникновение запретительных социальных норм и государственных образований. Если считать подобную семью действительно первичной формой социальной организации, то следует признать, что в современном обществе семья утратила многие свои первоначальные функции и претерпела существенную трансформацию.

Прежде всего для современной семьи характерна утрата ею производственных функций. Ряд других функций семьи сохранился в рудиментарном виде, поскольку перешел к особым социальным институтам. Так, социализационные функции, особенно передачу необходимой для жизни информации, частично взяла на себя система образования, функции социального контроля — полиция и церковь, защиты — армия, охраны здоровья — система здравоохранения. Поэтому основными функциями современной семьи следует считать прокреационную (воспроизводство населения) и рекреационную (удовлетворение глубинных эмоциональных потребностей людей в любви, привязанности, понимании, разделенных переживаниях).

В связи с процессами урбанизации существенные изменения претерпевает и структура семьи. Для крупных городов стала типичной нуклеарная (ядерная) семья, состоящая из родителей и детей. Тенденция к малодетности, появившаяся во всех развитых странах во второй половине XX в., привела к тому, что в семье, как правило, теперь 1-2 ребенка.

В последние десятилетия распространились структурные виды семьи, ранее не существовавшие или не привлекавшие к себе общественного внимания, — «открытый брак», семьи с гомосексуальными партнерами, семьи с одним родителем, неинституционализированные семьи (длительное или кратковременное сожительство), семьи несовершеннолетних и пр. Их влияние на здоровье общества еще предстоит изучать.

Есть одна важная закономерность трансформации семьи — переход от авторитарной семьи к эгалитарной, которой присуще более равномерное распределение властных функций между супругами (а иногда и детьми). Эгалитаризм в семейных отношениях вызван серьезными изменениями в идеологии западных обществ и проявляется в распределении внутрисемейных ролей.

В отношении психического здоровья таких однонаправленных закономерностей влияния семьи нет. Семья по-разному влияет на

психическое здоровье женщин и мужчин. Среди женщин наиболее высокий уровень психического здоровья проявляют никогда не состоявшие в браке, за ними следуют состоящие в браке, потом вдовы и на последнем месте — разведенные и оставленные партнером. Среди мужчин наиболее высокий уровень психического здоровья наблюдается у состоящих в браке, затем следуют разведенные и вдовцы и на последнем месте — никогда не состоявшие в браке.

Подобные резкие различия в уровне психического здоровья между полами в зависимости от семейного статуса приводят социологов феминистского направления к выводам о «психологической выгоде брака для мужчин» и о современном браке как форме эксплуатации женщины в сексистском обществе.

Однако в действительности, как показывают углубленные исследования проблемы, отмеченные закономерности во многом объясняются факторами селекции.

Мужчины, страдающие нервно-психическими расстройствами, имеют мало шансов быть выбранными в качестве брачных партнеров, поскольку женщины оценивают потенциального супруга прежде всего с точки зрения выполнения роли «кормильца семьи». Высокая ранняя смертность мужчин-вдовцов находит свое объяснение, во-первых, в анализе причин смерти (чаще всего это причины, связанные со злоупотреблением алкоголем, — массивная алкоголизация начинается после исчезновения сдерживающего влияния жен); а во-вторых, в утрате за время супружества элементарных навыков самообслуживания.

Модель социального стресса.

Понятие «стресс» уже прочно вошло в нашу повседневную жизнь, однако, как правило, мы используем это слово только в отрицательном значении. Стресс - это состояние, которое далеко не всегда наносит ущерб. При более детальном рассмотрении оказывается, что он просто необходим - поскольку помогает преодолевать препятствия и избегать опасности. Автор теории стресса - Ганс Селье считал, что стресс— это “неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование”. Т.е. стресс это универсальная реакция нашего мозга и тела, которая помогает преодолевать любые препятствия: болезни, выпускные экзамены, решающая подача в теннисном матче или важное деловое интервью.

Требования и изменения, порождающие стресс, открывают две возможности для человека: 1) адаптации к новым условиям жизни; 2) Потенциально опасным для человека может быть слишком продолжительный стресс или комбинация стрессогенных факторов (“стрессоров”), затрудняющих или делающих невозможным приспособление к требованиям ситуации. Перечень стрессоров разнообразен: от простых, таких как температура, шум, газовый состав атмосферы, токсические вещества и др, до сложных психологических и социальных факторов: риск, опасность, дефицит времени, новизна и неожиданность ситуации, повышенная значимость деятельности.

Важнейшим механизмом социально-психологической адаптации личности в социальной среде является социальный стресс. Под ним понимается психологический стресс, возникающий под влиянием стрессоров социальной природы и проявляющимся в ситуациях социального взаимодействия. Он, как правило, связан с осознанием или предвидением собственной или коллективной неуспешности, негативных социальных событий. Е. В. Руденский использует понятие «социально-психологический стресс», который дезинтегрирует диспозиционную систему регуляции процессов социального функционирования личности.

Модель социального стресса основывается на предположении, что на низших ступенях классовой иерархии общества складываются более стрессогенные условия существования. Это опасные и вредные условия труда, неблагоприятная экологическая обстановка в местах проживания, худшее жилье и питание, недостаток средств на соблюдение гигиенических требований и, наконец, низкая доступность медицинской помощи.

Душевное здоровье и культура.

Под духовным здоровьем следует понимать - направленность человека как индивидуальности и личности, обусловленную совокупностью выбранных для персонального руководства ценностных ориентаций - скрываемых от других или подчеркнутых выставляемых на показ, и определяющих поступки, поведения, способ жизни и характер его деятельности в социальной и природной среде.

Ценностные ориентации существуют на уровне мыслей, которые легко скрывать, поэтому в духовности отражаются преимущественно внутриличностный аспект здоровья.

Под духовностью человека следует понимать его способность различать и выбирать нравственные ценности и подчинять им свои поступки, поведение, способ жизни, а также характер деятельности в природной и социальной среде.

Один из важнейших пунктов, который характеризует взгляды ученых и практиков - это взаимоотношения человека и культуры.

К числу ученых, обличающих культуру как источник душевных страданий, относится З.Фрейд. Его высказывание о том, что человек был бы гораздо счастливее, если бы культуры вообще не было, стало известным афоризмом. Родоначальник психоанализа понимал культуру широко, как человеческий образ жизни, общественные установления, продукты человеческого творчества в разных сферах. Фрейд выделял две группы причин для утраты душевного здоровья: первая угроза безопасности индивидуальному «Я», вторая – противоречие между стремлением организма к самосохранению и инстинктивными влечениями. Что касается безопасности «Я», она, по Фрейду, и обеспечивается культурой, которая снабжает человека материальными благами и дает защиту от притязаний других людей на те же блага.

А. Адлер, в отличие от Фрейда мало пишет о влиянии культуры на душевный мир человека. Показатель душевного здоровья по Адлеру – «

вписанность» индивида в рамки своей культуры, его способность добровольно осуществлять тот образ жизни, который принят в обществе.

Последователи Фрейда, создатели реформированного психоанализа, К. Хорни и Э. Фромм расширили представление об истоках негативного влияния культуры на душевное здоровье, показав, что она способна провоцировать внутренний конфликт не только между биологическими влечениями и моральными установлениями, но шире – между различными потребностями и с психологическими установками, сформировавшимися в человеке благодаря усвоению явных и скрытых культурных предписаний.

Еще один ученый, рассматривающий душевное здоровье в связи с культурой, - Э. Фромм. Он опирался, с одной стороны, на идею детерминированности человеческого поведения врожденными предпосылками «человеческой природы», а с другой – учитывал влияние общественной жизни и культурных моделей поведения на формирование личности. По Фромму, сама природа человека предполагает наличие ряда потребностей, которые должны удовлетворены:

1. потребность в единстве с людьми, в социальных связях с ними;
2. потребности в творчестве, как способе выйти за собственные рамки, превратить себя из объекта в субъект творения;
3. потребность в безопасности, в укорененности, узах, поддержке и тепле;
4. потребность в идентичности, осознание себя субъектом своей жизни и деятельности;
5. потребность в интеллектуальной ориентации в мире и в эмоционально окрашенной системе ценностей.

Большое внимание проблеме соотношения культуры и душевного здоровья уделял К.Г. Юнг. Важнейшей характеристикой душевного здоровья человека является для Юнга внутренняя гармония (целостность) психики, которая проявляется как согласованность сознания и бессознательного. Нарушение этой целостности происходит на разных уровнях, в том числе на уровне психических функций, личного бессознательного, коллективного бессознательного.

Из работ К.Г. Юнга следует, что душевное здоровье есть результат процесса индивидуализации; что душевно здоровым может стать лишь человек, которого он наделяет званием, т.е. тот, кто самостоятельно трансцендентальную функцию; тот, кто осмеливается погрузиться в глубины собственной души и интегрировать переживания из сферы коллективного бессознательного с собственными личными установками сознания.

Итак, в концепциях Юнга и его последователей раскрывается противоречивый характер влияния культуры на душевное здоровье человека, и разрабатываются практические пути исцеления его внутреннего мира с опорой на богатое наследие человечества.

Тема 1.4. Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка.

Характерные черты современной семьи

Семья – один из основных инструментов, обеспечивающих взаимодействие личности и общества, интеграцию и определение приоритетности их интересов и потребностей. Она дает человеку представления о жизненных целях и ценностях, о том, что нужно знать и как следует себя вести.

В семье юный гражданин получает первые практические навыки применения этих представлений во взаимоотношении с другими людьми, соотносит свое «я» с «я» других людей, усваивает нормы, которые регулируют поведение в различных ситуациях повседневного общения. Объяснения и наставления родителей, их пример, весь уклад в доме, семейная атмосфера вырабатывают у детей привычки поведения и критерии оценки добра и зла, достойного и недостойного, справедливого и несправедливого.

Однако воспитание детей – не только личное дело родителей, в нем заинтересовано все общество. Семейное воспитание – лишь часть общественного воспитания, но часть весьма существенная и уникальная. Уникальность ее, во-первых, состоит в том, что она дает «первые уроки жизни», которые закладывают основу для руководства к действиям и поведению в будущем, во-вторых, в том, что семейное воспитание очень результативно, так как осуществляется непрерывно и одновременно охватывает все стороны формирующейся личности. Оно строится на основе устойчивых контактов и эмоциональных отношений детей и родителей между собой. Причем речь идет не только об естественных чувствах любви и доверия, но и об ощущении детьми своей безопасности, защищенности, возможности делиться своими переживаниями, получать помощь от взрослых. Семья – основная среда обитания и жизнедеятельности детей в ранний период их жизни, которая во многом сохраняет это качество и в подростковый период. В процессе семейного общения передается жизненный опыт старших поколений, уровень культуры, образцы поведения.

Семейные условия, включая социальное положение, род занятий, материальный уровень и уровень образования родителей, в значительной мере определяют жизненный путь ребенка.

Практически нет ни одного социального или психологического аспекта поведения подростков и юношей, который не зависел бы от их семейных условий в настоящем или в прошлом. Правда, меняется характер этой зависимости. Так, если раньше школьная успеваемость ребенка и продолжительность его обучения зависели главным образом от материального уровня семьи, то теперь этот фактор менее influential. Зато огромную роль играет *уровень образования родителей*. По данным Э.К.Васильевой (Васильева, 1981), у родителей с высшим образованием доля детей с высокой успеваемостью (средний балл выше «4») втрое выше, чем в

группе семей с образованием родителей ниже семи классов. Эта зависимость сохраняется даже в старших классах, когда дети уже имеют навыки самостоятельной работы и не нуждаются в непосредственной помощи родителей.

Помимо образовательного уровня родителей сильно влияет на судьбу подростков и юношей состав семьи и *характер взаимоотношений между ее членами*. Неблагоприятные семейные условия характерны для подавляющего большинства так называемых трудных подростков, трудных в социальном (несовершеннолетние правонарушители) или в психологическом (подростки с психическими отклонениями) смысле.

Конечно, семья выполняет не только функцию воспитания детей. Наиболее подробный анализ основных **функций семьи** дал А.Н.Елизаров (Елизаров, 2001). Приведем некоторые из них:

1. Порождение и воспитание детей.
2. Сохранение, развитие и передача последующим поколениям ценностей и традиций общества, аккумуляция и реализация социально-воспитательного потенциала.
3. Удовлетворение потребностей людей в психологическом комфорте и эмоциональной поддержке, чувстве безопасности, ощущении ценности и значимости своего «Я», эмоциональном тепле и любви.
4. Создание условий для развития личности всех членов семьи.
5. Удовлетворение сексуально-эротических потребностей.
6. Удовлетворение потребности в совместном проведении досуга.
7. Организация совместного ведения домашнего хозяйства, разделение труда в семье, взаимопомощь.
8. Удовлетворение потребности человека в общении с близкими людьми, в установлении прочных коммуникативных связей с ними.
9. Удовлетворение индивидуальной потребности в отцовстве или материнстве, контактах с детьми, их воспитании, самореализации в детях.
10. Социальный контроль над поведением отдельных членов семьи.
11. Организация деятельности по финансовому обеспечению семьи.
12. Реактивная функция – охрана здоровья членов семьи, организация их отдыха, снятие с людей стрессовых состояний и т.д.

Типы семей и их значение в воспитательном процессе

На современном этапе в зависимости от структуры родственных связей выделяются различные типы семей. Наиболее распространенной из них является *простая семья*, представляющая собой супружескую пару с детьми, не состоящими в браке. Если некоторые из детей состоят в браке, то образуется другой тип – *расширенная*, или *сложная*, семья. Она включает в себя три и более поколений, живущих вместе и связанных общим хозяйством. Важным основанием для выделения типа семьи является также наличие обоих супругов, образующих ядро семьи. В зависимости от этого выделяют *полную семью*, в состав которой входят оба супруга, и *неполную семью*, в которой один из супругов отсутствует.

Какая из названных типов семей лучше подходит для решения задач воспитания, однозначно ответить невозможно. В любой из них имеются свои достоинства и недостатки. Так, в простой семье молодое поколение привыкает к большей самостоятельности и ответственности, в ней меньше конфликтов между «отцами» и «детьми». Однако в подобной семье быстрее теряются связи, нарушаются семейные традиции, объединяющие взрослых и детей; у старшего поколения исчезает возможность общения со своими внуками, снижается участие в их воспитании. В сложной семье также имеются позитивные и негативные стороны. С одной стороны, большая дружная семья, включающая несколько поколений, создает возможность для разностороннего общения и взаимовлияния, облегчает быт: старшее поколение помогает в воспитании детей, в уходе за ними. С другой стороны, в вопросах воспитания разные поколения могут расходиться во взглядах, что вызывает бурные столкновения в семье, создает драматические ситуации, от которых, прежде всего, страдают дети.

Особую группу представляют неполные семьи. Причины этого социального явления неоднозначны, но чаще всего – это разводы, которые не могут оставить детей равнодушными и от которых они глубоко страдают. Однако к неполным семьям нельзя относиться предвзято, а к детям, которые в них воспитываются, – как к потенциально неблагополучным. Можно утверждать, что в ряде случаев семья, с воспитательной точки зрения, наоборот, перестает быть неблагополучной именно в результате развода, потому что из нее удаляются источники постоянного негативного влияния на детей (влияние алкоголика, наркомана или психически неуравновешенного отца).

Конечно, в неполной семье условия воспитания усложняются за счет снижения материального уровня, перегрузки родителя, с которым остались дети, психологической перенапряженности. Однако, появляются и некоторые компенсирующие факторы внутрисемейного порядка: дети проникаются уважением и сочувствием к родителю, видя, как нелегко ему прокормить семью, наладить нормальный быт, стремятся помочь в домашних делах, приучаются сдерживать сиюминутные запросы, становятся более близкими эмоционально. Это создает в семье благоприятную нравственную атмосферу, что и помогает преодолевать трудности.

Но, конечно, оптимальным вариантом является полная семья, так как в ней дети усваивают модель отношения супругов (родителей) между собой и в будущем они склонны воспроизводить эту модель в своей собственной семье. Ребенок обучается своей будущей супружеской роли, мысленно отождествляя (идентифицируя) себя с родителем того же пола. Для мальчика особое значение имеет опыт общения с отцом, и, более того, опыт наблюдения за поведением отца по отношению к матери. Девочке очень важно усвоить способы поведения матери по отношению к отцу. Что касается родителя противоположного пола, то его образ очень важен при выборе будущего партнера. Выбор может происходить по разным критериям: сходству или противоположности.

Связывая межпоколенные отношения с типом семейной организации, М.Мид в своей книге «Культура и сопричастность» (М.Мид, 2000) различает в истории человечества три типа культур: *постфигуративные*, в которых дети учатся главным образом у своих предков; *кофигуративные*, в которых и дети, и взрослые учатся, прежде всего, у равных, сверстников; и *префигуративные*, в которых взрослые учатся также у своих детей.

Постфигуративная культура, по словам Мид, преобладает в традиционном, патриархальном обществе, которое ориентируется главным образом на опыт прежних поколений, то есть на традицию и ее живых носителей – стариков. Традиционное общество живет как бы вне времени, всякое новшество вызывает здесь подозрение – «наши предки так не поступали». Взаимоотношения возрастных слоев в нем жестоко регламентированы, каждый знает свое место и никаких споров на этом счет не возникает. Ускорение технического и социального развития делает опору на опыт прежних поколений недостаточной.

Кофигуративная культура переносит центр тяжести с прошлого на современность. Для нее типична ориентация не столько на старших, сколько на современников, равных по возрасту и опыту. В науке это значит, что мнение современных ученых считается важнее, чем, скажем, мнение Аристотеля. В воспитании влияние родителей уравнивается, а то и перевешивается влиянием сверстников и т.п. Это совпадает с изменением структуры семьи, превращающейся из «большой семьи» в нуклеарную. Отсюда – растущее значение юношеских групп, появление особой молодежной культуры и всякого рода межпоколенных конфликтов.

Наконец, в наши дни, считает Мид, темп развития стал настолько быстрым, что прошлый опыт уже не только недостаточен, но часто оказывается даже вредным, мешая смелым и прогрессивным подходам к новым, небывалым обстоятельствам. Префигуративная культура ориентируется главным образом на будущее. Поэтому не только молодежь учится у старших, как бывало всегда, но и старшие во все большей степени прислушиваются к молодежи.

Концепция М.Мид правильно схватывает зависимость межпоколенных отношений от темпов научно-технического и социального развития, подчеркивая, что межпоколенная трансмиссия культуры включает в себя информационный поток не только от родителей к детям, но и обратно: молодежная интерпретация современной ситуации и культурного наследия оказывает влияние и на старшее поколение.

Кстати сказать, удельный вес молодежных инноваций в развитии культуры был весьма значителен и в Средние века, и в Античности. Но как бы ни усиливалась эта тенденция, взаимоотношения старших и младших и распределение между ними социальных функций не может стать вполне симметричными. Какие бы новшества ни предлагала молодежь, они всегда основаны на опыте прошлых поколений и, следовательно, на определенной культурной традиции.

Стили воспитания в исторической перспективе

В каждом обществе, на каждом этапе его развития существуют разные стили воспитания, в которых прослеживаются многочисленные сословные, классовые, региональные, семейные и прочие вариации.

Американский психоаналитик, социолог и историк Ллойд Демоз (Крайг, 2002) подразделяет всю историю детства на шесть периодов, каждому из которых соответствует определенный стиль воспитания и форма взаимоотношений между родителями и детьми.

Инфантицидный стиль (с древности до 4в н.э.) характеризуется массовым детоубийством, а те дети, которые выживали, часто становились жертвами насилия. Символом этого стиля служит образ Медеи.

Бросающий стиль (4-13вв). Как только культура признает наличие у ребенка души, инфантицид снижается, но ребенок остается для родителей объектом проекции, реактивных образований и т.д. Главное средство избавления от них – оставление ребенка, стремление сбросить его с рук. Младенца сбывают кормилице, либо отдают в монастырь или на воспитание в чужую семью, либо держат заброшенным и угнетенным в собственном доме. Символом этого стиля может служить Гризельда, оставившая своих детей ради доказательства любви к мужу.

Амбивалентный стиль (14-17вв.) характеризуется тем, что ребенку уже дозволено войти в эмоциональную жизнь родителей и его начинают окружать вниманием, однако, ему еще отказывают в самостоятельном духовном существовании. Типичный педагогический образ той эпохи – «лепка» характера, как если бы ребенок был сделан из мягкого воска или глины. Если же он сопротивляется, его беспощадно бьют, «выколачивая своеволие» как злое начала.

Навязчивый стиль (18в). Ребенка уже не считают опасным существом или простым объектом физического ухода, родители становятся к нему значительно ближе. Однако это сопровождается навязчивым стремлением полностью контролировать не только поведение, но и внутренний мир, мысли и волю ребенка. Это усиливает конфликты отцов и детей.

Социализирующий стиль (18-сер.20в) делает целью воспитания не столько завоевание и подчинение ребенка, сколько тренировку его воли, подготовку к будущей самостоятельной жизни. Этот стиль может иметь разные теоретические обоснования, от фрейдовской «канализации импульсов» до скиннеровского бихевиоризма и социологического функционализма, но во всех случаях ребенок мыслится скорее объектом, чем субъектом социализации.

Помогающий стиль (начинается в сер. 20в) предполагает, что ребенок лучше родителей знает, что ему нужно на каждой стадии жизни. Поэтому родители стремятся не столько дисциплинировать или формировать его личность, сколько помогать индивидуальному развитию.

Современные стили семейного воспитания и их влияние на личность ребенка

Влияние стиля взаимодействия родителей с детьми имеет далекие последствия и определяет их жизненный путь. Э.Роу исследовал следующие характеристики взаимодействия: эмоциональное принятие – непринятие, наличие – отсутствие контроля, стимулирование – не стимулирование активности ребенка. И обнаружил их влияние на выбор профессионального пути. Эмоциональное принятие или непринятие определяют, соответственно, личностную или предметную направленность профессиональных интересов; наличие – отсутствие контроля связано с защитным – незащитным типом реагирования, а стимулирование – не стимулирование активности обуславливает направленность на других или на себя.

Конкретные свойства личности ребенка также могут формироваться в зависимости от тона семейных взаимоотношений и преобладающего в семье типа контроля и дисциплины.

Эмоциональный тон отношений между родителями и детьми психологи представляют в виде шкалы, на одном полюсе которой стоят максимально близкие, теплые, доброжелательные отношения (родительская любовь), а на другом – далекие, холодные и враждебные. В первом случае основными средствами воспитания являются внимание и поощрение, во втором – строгость и наказание. Имеется множество исследований, доказывающих преимущество первого подхода. Ребенок, лишенный сильных и недвусмысленных доказательств родительской любви, имеет меньше шансов на высокое самоуважение, теплые, дружественные отношения с другими людьми и устойчивый положительный образ «я». Изучение личности юношей и взрослых, страдающих психофизиологическими и психосоматическими нарушениями, невротическими расстройствами, трудностями в общении, умственной деятельности или учебе, показывает, что все эти явления значительно чаще наблюдаются у людей, которым в детстве недоставало родительского внимания и тепла. Недоброжелательность или невнимание со стороны родителей вызывает неосознанную взаимную враждебность у детей. Эта враждебность может проявляться как явно, по отношению к самим родителям, так и скрытно. Безотчетная, немотивированная жестокость, проявляемая некоторыми подростками и юношами по отношению к посторонним людям, не сделавшим им ничего плохого, нередко оказывается следствием именно детских переживаний. Если же эта бессильная агрессия направляется внутрь, она дает низкое самоуважение, чувство вины, тревоги и т.д. Подобное поведение также можно наблюдать у детей, которые воспитываются в детских учреждениях. Кроме того, они характеризуются низким интеллектом (особенно невербальным), эмоциональной незрелостью, расторможенностью, «прилипчивостью», а также отсутствием избирательности в контактах со взрослыми (быстро привязываются и быстро отвыкают).

Современные ученые (Д.Бомринд, Е.Маккоби, С.Мартин) (Г.Крайг, 2002) выделяют 4 стиля родительского поведения. Основой этого деления выступают степень родительского контроля и родительской теплоты.

Авторитетные родители соединяют высокую степень контроля с теплотой, принятием и поддержкой растущей автономии своих детей. Хотя такие родители и налагают определенные ограничения на поведение детей, они объясняют им смысл и причины этих ограничений. Их решения и действия не кажутся произвольными или несправедливыми, и потому дети легко соглашаются с ними. Авторитетные родители готовы выслушать мнение своих детей и уступить, если это целесообразно.

Авторитарные родители контролируют поведение своих детей и заставляют их жестко придерживаться установленных ими правил. Они обычно сдержанны в отношениях с детьми. Авторитарные родители отдают команды и ожидают, что они будут выполнены, избегая долгих споров с детьми. Все попытки ребенка обрести независимость от таких родителей могут оказаться для него крайне фрустрирующими.

Либеральные родители являют собой полную противоположность авторитарным: они почти или совсем не ограничивают поведение детей. При таком избытке свободы ребенок практически лишен родительского руководства. Даже если поступки детей их сердят и выводят из равновесия, либеральные родители стараются подавить свои чувства, они стараются относиться к своим детям с сердечностью и теплотой, принимая их такими, какие они есть. По мнению Бомринд, многие либеральные родители так увлекаются демонстрацией «безусловной любви», что перестают выполнять непосредственные родительские функции, в частности устанавливать необходимые запреты для своих детей.

Индифферентные родители отличаются низким контролем за поведением детей и отсутствием теплоты и сердечности в отношениях с ними. Такие родители не устанавливают ограничений для своих детей либо вследствие недостатка интереса и внимания к детям, либо в результате того, что тяготы повседневной жизни не оставляют им времени и сил на воспитание детей.

Конечно, описание этих стилей всего лишь теоретический конструкт, абстракция, реальное поведение родителей редко укладывается в предложенные схемы.

В полных семьях родители иногда придерживаются различных стилей поведения. Например, при так называемом *традиционном стиле*, родители исполняют отчасти устаревшие роли, закрепленные давней традицией за мужчиной и женщиной. Отец может быть довольно авторитарным, а мать – более заботливой и разрешающей. Здесь влияние одного родителя уравновешивается влиянием другого.

Стили родительского поведения воздействуют на личность растущего ребенка. Бомринд обнаружила, что дети авторитарных родителей отличаются замкнутостью и робостью, почти или совсем не стремятся к независимости, обычно угрюмы, непритязательны и раздражительны. В подростковом

возрасте эти дети, особенно мальчики, могут чрезвычайно бурно реагировать на запрещающее и карающее окружение, в котором их растили, становясь иногда непослушными и агрессивными. Девочки же чаще остаются пассивными и зависимыми.

Хотя чрезмерное попустительство со стороны родителей противоположно гипертрофированным запретительным тенденциям, оно не обязательно приводит к противоположным результатам: как это ни странно, дети либеральных родителей также могут быть непослушными и агрессивными. К тому же они склонны потакать своим слабостям, импульсивны и часто не умеют себя вести на людях. В некоторых случаях они становятся решительными, активными и творческими людьми.

Дети авторитетных родителей адаптированы лучше всего. По сравнению с другими детьми, они более уверены в себе, полностью себя контролируют и социально компетентны. Со временем у этих детей развивается высокая самооценка, а в школе они учатся гораздо лучше, чем дети, воспитанные родителями с другими стилями поведения.

Хуже всего дела обстоят у детей индифферентных родителей. Когда попустительство сопровождается открытой неприязнью (отвергающий родитель), ребенка ничто не удерживает от того, чтобы дать волю своим самым разрушительным импульсам. Исследования малолетних правонарушителей показывают, что во многих случаях эти дети воспитывались в семьях, где попустительство сочеталось с враждебностью.

Существует несколько относительно автономных психологических механизмов социализации, посредством которых родители влияют на своих детей. Во-первых, это *подкрепление*: поощряя поведение, которое взрослые считают правильным, и наказывая ребенка за нарушение установленных правил, родители постепенно внедряют в его сознание определенную систему норм. Их соблюдение постепенно становится для ребенка привычкой и внутренней потребностью.

Во-вторых, это *идентификация*: ребенок подражает родителям, ориентируется на их пример, старается стать таким же, как они.

В-третьих, это *понимание*: зная внутренний мир ребенка и чутко откликаясь на его проблемы, родители тем самым формируют его самосознание и коммуникативные качества.

Но семейная социализация не сводится к непосредственному парному взаимодействию ребенка с родителями. Так, эффект идентификации может быть нейтрализован встречной ролевой взаимодополнительностью: например, в семье, где оба родителя умеют очень хорошо вести хозяйство, ребенок может и не выработать этих способностей, так как, хотя у него перед глазами хороший образец, семья не нуждается в проявлении этих качеств; напротив, в семье, где мать бесхозяйственна, эту роль может взять на себя старшая дочь.

Попытаемся ответить на вопрос, каковы же реальные возможности и границы родительского влияния на формирование личности ребенка.

Люди, воспитанные в патриархальном духе и убежденные в том, что формирование личности осуществляется в основном в первые два, три или пять лет жизни, обычно не сомневаются во всемогуществе родителей, приписывая все трудности и недостатки воспитания главным образом некомпетентности или небрежности родителей.

Но дело обстоит гораздо сложнее. Во-первых, родительское отношение к детям органически связано с общими ориентациями культуры и собственным прошлым опытом родителей; во-вторых, при всей их значимости, родители некогда не были и не будут единственными и всемогущими вершителями судеб своих детей. Даже оценить реальную степень родительского вклада без учета множества других факторов невозможно.

Оценивая потенциальный уровень и реальную степень родительского влияния, нужно учитывать множество автономных факторов:

1. Возраст ребенка. В раннем возрасте, как правило, ключевой фигурой бывает мать. Затем с ней сравнивается и иногда превышает ее влияние отец. Позже их обоих «теснят» сверстники и общественные институты социализации.

2. Пол ребенка. Родители по-разному и с разным успехом воспитывают детей своего и противоположного пола, причем для мальчиков несемейное окружение важнее, чем для девочек.

3. Наличие других агентов социализации как внутри семьи, так и вне ее.

4. Специфические особенности межпоколенной трансмиссии культуры в данном обществе в данный исторический период времени.

5. Амбивалентность самих родительских чувств и их социально-психологических последователей. Детоцентризм общественной психологии 18-19 вв. означал усиление заботы о детях, но одновременно – ограничение их внутренней свободы, принудительную инфантилизацию; следствием чего явились равнодушие и социальная безответственность, на которые горько жалуются современные родители, не понимая связи этих явлений с их, родителей, собственной воспитательной практикой.

6. Многочисленные и совершенно неизученные компенсаторные механизмы самой социализации, уравнивающие или сводящие на нет многие воспитательные усилия; например, эффект встречной ролевой дополнительности, когда ребенок перед глазами имеет хороший родительский пример, но не вырабатывает у себя соответствующих навыков, т.к. семья в них не нуждается, родители все делают сами.

А.Е.Личко выделил 7 видов воспитания (Прохорова, 2007):

1. **Потворствующая гиперпротекция.** Этот стиль еще иногда называют «Ребенок – кумир семьи». Ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Нет запретов и санкций, часто такие дети просто не понимают слов «нет» и «нельзя».

2. **Доминирующая гиперпротекция.** Ребенок также в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, однако в то же время лишают его самостоятельности, устанавливая многочисленные ограничения и запреты. Это своего рода опутывающий контроль: такой ребенок, как правило, лишен свободы выбора, за него все решают родители.

3. **Повышенная моральная ответственность.** Этот тип воспитания характеризуется сочетанием высоких требований к ребенку с пониженным вниманием к его потребностям. Ребенка часто стыдят, постоянно сравнивают его поведение и личность с некими высокими моральными стандартами. У ребенка очень много обязанностей и мало прав. Его проблемы и потребности взрослыми могут просто игнорироваться. Часто при таком стиле воспитания ребенок вырастает повышенно тревожным, мнительным, страдает от чувства вины.

4. **Стиль эмоционального отвержения,** или стиль воспитания по типу Золушки. В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемый или неосознаваемый перенос на ребенка негативного опыта родителей. Может быть, ребенок не был желанным, или родители слишком увлечены своими делами, или мать не любила отца, а ребенок похож на него... Ребенок в этом случае может ощущать себя помехой в жизни родителей, между ними и ребенком устанавливается большая эмоциональная дистанция.

5. **Жестокое обращение с детьми.** Здесь на первый план выходит эмоциональное отвержение, проявляющееся наказаниями в форме избиений и истязаний, лишения удовольствий, неудовлетворения потребностей ребенка.

6. **Гипопротекция.** Ребенок предоставлен самому себе, родители не интересуются им и не контролируют его. Иногда это настоящая безнадзорность, в некоторых случаях родители удовлетворяют лишь физиологические потребности ребенка, но других функций семья для него не выполняет.

7. **Гармоничное воспитание.** Потребности ребенка разумно удовлетворяются, существует небольшое количество неукоснительно соблюдаемых правил и запретов; в ребенке поощряется самостоятельность, развивается ответственность.

Советы родителям для профилактики проблем:

· Проявляйте интерес к собственным детям – интересуйтесь, что происходит в их жизни, как они проводят время в школе, какие отношения у ребенка с одноклассниками и учителями, какое настроение у него было в школе, что интересного он узнал за сегодняшний день и т.д.

- Выражайте свои теплые чувства к собственным детям, говорите им о своей любви.

- Наказывайте по справедливости, даже если ребенок в чем-то виновен, он должен чувствовать, что наказан за свой проступок, за конкретное действие, но его все равно любят.

- Воспитывайте в собственном ребенке самостоятельность и ответственность – оцените, что реально ребенок может делать самостоятельно, и пусть он будет отвечать за эту сферу.

Какое родительское поведение можно считать оптимальным?

Современные исследователи указывают на единственно важную цель действий родителей – способствовать росту саморегулируемого поведения у своих детей. При этом дисциплинарные меры, основанные на авторитете родителей, более эффективны в развитии саморегуляции у детей, чем авторитарные методы насаждения дисциплины. Когда родители прибегают к словесным аргументам и предложениям, ребенок склонен договариваться с ними, вместо того чтобы выказывать открытое неповиновение.

Аргументы родителей обычно касаются просоциального поведения и соблюдения социальных правил. У родителей, напоминающих своим детям о возможных последствиях их действий для других людей, дети, как правило, пользуются большей популярностью и обладают интернализированными моральными нормами. И наоборот, когда родители избирают силовые методы социализации, их дети с трудом развивают интернализированные нормы и механизмы контроля. Например, в ряде исследований было обнаружено, что дети, исполнявшие требования взрослых в их присутствии, но не делавшие этого и их отсутствии, чаще имели родителей, склонных скорее к принуждению, чем к убеждению.

Родители чаще добиваются успеха в развитии у детей саморегулируемого поведения, если постепенно увеличивают степень их участия в принятии семейных решений. В серии исследований, посвященных родительскому диалогу и методам наказания, были сделаны выводы, что лучше всего дети адаптированы в тех случаях, когда родители поощряют то, что называется саморегулированием. Саморегулирование – это развитие чувства разделенной между родителями и детьми ответственности. Эти родители привлекают детей к сотрудничеству и разделяют с ними ответственность. Они учитывают не столь уж далекое будущее, когда их дети, став подростками, начнут принимать большинство решений самостоятельно.

Психосоциальное развитие детей в период среднего детства

Для большинства детей среднее детство – период между 7-12 годами. В это время они радикально меняют образ жизни, приступая к новой обязательной деятельности (обучение в школе), и более полно развивают ранее сложившиеся формы поведения. В период среднего детства продолжается устойчивое равномерное физическое развитие вплоть до пубертатного скачка.

На протяжении среднего детства дети в своем когнитивном развитии достигают стадии конкретных операций по теории Пиаже. Они обретают способность делать логические выводы, размышлять о физических преобразованиях, выполнять обратимые умственные операции и, в общем, строить гипотезы о физическом мире. Они способны теоретически рассуждать о людях, предметах и событиях, составляющих содержание их непосредственного опыта. В этом возрасте дети являются активными исследователями всего нового. Взрослым следует поощрять детей делать логические выводы о реалиях этого мира и связях между ними, а не делать это за них и преподносить готовые формулировки в виде непреложных истин.

По мере того как дети становятся старше, у них формируются все более точные и полные представления о своих физических, интеллектуальных и личностных качествах и качествах других людей. Они приписывают себе все больше отличительных особенностей, что ведет к уточнению и усложнению их образа-Я и образов других людей. В период обучения в начальной школе дети также усваивают половые стереотипы, уточняют предписанные полом личные предпочтения и развивают большую гибкость в выборе занятий и в поведении. В период среднего детства развивается способность видеть себя отличным от других человеком. В этот период также развивается самоуважение ребенка. Самоуважение означает видение себя человеком, обладающим положительными качествами, т.е. человеком, способным достигать успеха в том, что является для него важным. В младшем школьном возрасте самоуважение в значительной степени связано с уверенностью в своих академических способностях (которые соотносятся со школьной успеваемостью). Как правило, дети, которые хорошо учатся в школе, имеют более высокую самооценку, чем неуспевающие ученики.

Согласно теории Эриксона, возрастной период 6-12 лет характеризуется прохождением психосоциальной стадии развития, которую он назвал *«трудолюбие или неполноценность»*. Согласно теории Эриксона, при прохождении этой стадии развития у детей должно сложиться ощущение собственной компетентности и уверенности в себе. Что в дальнейшем будет основой для эффективного участия в социальной, экономической и политической жизни. Опасность этой стадии кроется в возможности появления чувства неполноценности или некомпетентности. Например, если дети сомневаются в своих способностях или статусе в среде сверстников, это может отбить у них охоту учиться дальше. Чувство неполноценности может также развиваться в том случае, если дети обнаружат, что их пол, национальность, религия или социально-экономическое положение, а вовсе не уровень знаний и мотивации, определяют их личностную значимость и достоинство. В результате они могут утратить уверенность в своей способности эффективно функционировать в существующем мире.

В среднем детстве дети должны научиться принимать в расчет нюансы дружбы и авторитета, расширяющихся и конфликтующих половых ролей, а также учитывать множество социальных норм, правил и предписаний. Дети

приобретают знания о мире людей благодаря процессу, называемому *социальным познанием* – это мысли, знания и предположения о мире.

1. Первым компонентом социального познания является социальный вывод – догадки и предположения о том, что думает или намеревается сделать другой человек. К 10 годам дети способны представить себе содержание и ход мыслей другого человека, предполагая в то же время, что этот другой человек делает то же самое с их собственными мыслями.

2. Вторым компонентом социального познания является понимание ребенком социальных отношений. Дети постепенно накапливают знания о существовании таких обязательств, как честность и верность, уважение к авторитету, и о таких понятиях как законность и справедливость, одновременно углубляя и расширяя их понимание.

3. Третьим аспектом социального познания является понимание социальных предписаний, таких как обычаи и условности. Многие из этих условностей поначалу заучиваются механически или исполняются путем простого подражания. Позже они утрачивают свою жесткость, в зависимости от способности ребенка делать правильные выводы и понимать социальные отношения.

В период среднего детства продолжается развитие нравственного сознания детей. Согласно теории Ж.Пиаже, дети переходят от стадии нравственного реализма к стадии нравственного релятивизма.

Нравственный реализм (4-7 лет) предполагает стадию развития, на которой дети уверены, что нормы и правила это реальные, нерушимые условия существования, а не абстрактные принципы. Нравственность поступка оценивается детьми на этой стадии по его последствиям: виноват тот, кто причинил больше вреда.

На стадии нравственного релятивизма (8 и старше) – дети начинают осознавать, что правила создаются людьми на основе взаимной договоренности и что люди, при необходимости могут их изменять, заключив между собой новое соглашение. Следовательно, не существует ничего абсолютно правильного или неправильного, и нравственность поступка определяется, прежде всего, намерениями, а не его последствиями.

Семья продолжает оставаться одним из самых важных факторов социализации детей младшего школьного возраста. Дети усваивают и модели поведения, принятые в их семьях жизненные ценности, социальные ожидания и модели поведения, и достигают этого разными способами. Родители, старшие братья или сестры, с одной стороны, служат моделями поведения, – как одобряемого, так и неодобряемого, – а с другой стороны, поощряют или наказывают детей за их поведение. Расширяющиеся познавательные способности позволяют детям овладевать широким спектром социальных норм и правил – как писанных, так и неписанных.

Тема 1.5. Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений.

Стили семейного воспитания и их влияние на развитие личности ребенка

Семья является интеллектуальным и посредническим звеном передачи ребенку социально-исторического опыта, и, прежде всего, опыта эмоциональных и демократических взаимоотношений между людьми, опыта отношения к явлениям, продуктам жизни.

Семья выполняет ряд функций важных для общества, необходимых для жизни каждого человека: это воспитательная, репродуктивная, хозяйственно-бытовая, социально-контролирующая, функция организации досуга.

Большое значение в становлении личности ребенка имеет стиль семейного воспитания.

Семейное воспитание – это управляемая система взаимоотношений родителей с детьми, и ведущая роль в ней принадлежит родителям.

Существует несколько разнообразных классификаций **стилей семейного воспитания**. И у каждого *стиля семейного воспитания свои характеристики*.

Базовой считается модель американского психолога Дианы Баумринд.

Автор взяла за основу два критерия.

1. Уровень эмоционального принятия ребенка родителями
2. Уровень контроля со стороны родителей

И вот благодаря сочетаниям этих критериев и было выделено четыре стиля семейного воспитания.

1. Авторитетный
2. Авторитарный
3. Индифферентный
4. Либеральный

АВТОРИТЕТНЫЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ (ИЛИ ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ)

Особенности

Название говорит само за себя. Родители в семье занимают лидирующие позиции, являясь авторитетом для ребенка. Этот стиль характеризуется теплым эмоциональным принятием ребенка и высоким уровнем контроля со стороны взрослых. При таком стиле общения родители ориентированы на личность ребенка, его активной роли в семье, собственной жизни. Ребенок воспитывается как самостоятельная, самобытная личность. В такой семье практически отсутствуют физические наказания и словесная агрессия, родители стараются использовать логику в общении с детьми, стремятся договориться. Уважают себя и своих детей. Родители обладают хорошим жизненным опытом и несут ответственность за своих детей.

Для родителей, придерживающихся этого стиля, характерны:

- активно-положительное отношение к ребенку;

- адекватная оценка его возможностей, успехов и неудач;
- им свойственны глубокое понимание ребенка, целей и мотивов его поведения;
- умение прогнозировать развитие личности ребенка.

Последствия

При авторитетном стиле воспитания происходит наиболее гармоничное и разностороннее развитие личности ребенка. Для детей, воспитанных в подобных семьях, характерны:

- Высокая самооценка, самопринятие, самоконтроль.
- Умение самостоятельно принимать решения и отвечать за свои поступки.
- Инициативность и целеустремленность.
- Умение строить близкие и доброжелательные отношения с окружающими.
- Способность договариваться, находить компромиссные решения.
- Наличие собственного мнения и способность считаться с мнением окружающих.

Рекомендации

Если в Вашей семье Вам удалось установить такие взаимоотношения, поделитесь своим опытом с другими!

АВТОРИТАРНЫЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

Особенности

Родители, придерживающиеся этого стиля, требуют от ребенка высоких достижений, наказывают за неудачи, жестко контролируют, вторгаются в личное пространство ребенка, подавляют силой, решают за ребенка, что ему лучше, не интересуются личным мнением ребенка, не признают его права. «Как я сказал, так и будет», «Я родитель, значит я прав».

При этом стиле воспитания ребенок не имеет возможности проявлять инициативу, так как все вопросы, касающиеся его жизни, решаются родителем единолично, без его участия. Авторитарный стиль воспитания подразумевает решение конфликтов методом «кнута и пряника», запретами и угрозами, а не нахождением компромиссного решения.

Последствия

В подростковом возрасте родительский авторитет теряет свою силу и страх перед родителями, характерный для авторитарного стиля воспитания, исчезает. Поэтому, в таких семьях в этом возрасте часто возникает большое количество конфликтов, дети становятся «неуправляемыми», т.к. все прежние средства воздействия родителей теряют свою силу.

Характерными чертами личности ребенка, воспитанного в авторитарном стиле, могут быть следующие варианты:

1 вариант – развитие слабой жизненной позиции:

- потеря чувства собственного достоинства;
- потеря способности принимать решения, отвечать за выбор;
- потеря собственных желаний («чего же Я хочу?»);

2 вариант – развитие деспотической личности:

- ненависть к родителям;
- решение вопросов только силой (кто сильнее, тот и прав);
- грубое, циничное, деспотичное и хамское поведение и отношение к окружающим;
- повышенная агрессивность и конфликтность.

Рекомендации

- Учитывайте позицию ребенка, его побуждения, желания и переживания. Попробуйте ненадолго поставить себя на его место!
- Старайтесь давать инструкции в форме предложения, а не распоряжения, приказа.
- Старайтесь говорить не сухо и отстраненно, а доверительным тоном, эмоционально.
- Запреты и меры наказания должны быть понятны ребенку, заранее с ним обсуждены и приняты обоими сторонами (родителями и ребенком).
- Любые порицания должны быть адресованы не к личности ребенка, а к конкретным его действиям. Нельзя говорить «Ты обманщик!», лучше сформулировать фразу следующим образом: «Мне было очень неприятно, когда я узнала, что в этой ситуации ты сказал неправду».
- Не входите в комнату ребенка без стука или в отсутствие хозяина. Не трогайте его личные вещи. Старайтесь уважать личное пространство вашего ребенка, каким бы оно ни было.
- Не подслушивать телефонные разговоры.
- Необходимо оставлять за подростком право выбора друзей, одежды, музыки и т. д.
- Искренне объясняйте, что вы чувствуете, когда расстроены, но не вспоминайте старых, давнишних грехов, а говорите о сегодняшнем положении. Однако при этом никогда не давите, не наказывайте физически, не унижайте.
- Станьте терпимее к недостаткам подростков. Замечайте как можно чаще в вашем ребенке те достоинства, которые свойственны их натуре.

ИНДИФФЕРЕНТНЫЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ

Особенности

И самый неблагоприятный с точки зрения формирования психики и развития личности ребенка является индифферентный стиль семейного воспитания. Здесь, к отрицательным характеристикам предыдущего *стиля семейного воспитания* прибавляется еще и отсутствие теплоты в отношении к ребенку. К ребенку относятся с пренебрежением, игнорируя его эмоциональные потребности. Это случаи, скорее всего, случайного или нежелательного появления ребенка в семье. Ну, раз уж родился, живи, но не мешай.

Последствия

При индифферентном стиле семейного воспитания возможно развитие у детей эмоциональной отчужденности, тревожности, замкнутости и недоверия

к окружающим. Существует опасность вовлечения детей в асоциальные группы, поскольку родители неспособны контролировать их поступки. Чаще всего, в индифферентных семьях вырастают либо безответственные и неуверенные в себе дети, либо наоборот неуправляемые и импульсивные. В лучшем случае дети таких родителей все же становятся сильными, творческими, активными людьми. Формирование личности в таком случае во многом зависит от среды вне семьи.

Рекомендации

- Включитесь в жизнь своего ребенка. Будьте активным участником всех его интересов, проявите инициативу.
- Составьте четкую систему запретов, чтоб ребенок почувствовал грань дозволенности.
- Обговорите его обязанности и права в семье, дайте поручение по дому, которое закрепится за ним.
- Проявите «душевную теплоту», говорите «по душам», постарайтесь перевести отношения в дружественные и доброжелательные. Беседуйте с ним на интересующие его темы, таким образом вы покажите насколько ребенок для вас важен.
- Любите его и не бойтесь ему про это сказать.

ЛИБЕРАЛЬНЫЙ СТИЛЬ ВОСПИТАНИЯ (ПОПУСТИТЕЛЬСКИЙ)

Особенности

При этом стиле воспитания родитель формирует у ребенка «свободу», самостоятельность и раскованность, позволяет ему делать абсолютно всё, что он хочет, не накладывает никаких ограничений. Родитель не помогает подростку и не мешает, не принимает никакого участия в становлении личности.

Либеральный стиль общения предполагает тактику невмешательства, основу которой, по сути, составляют равнодушие и незаинтересованность проблемами ребенка. Общими особенностями либерального и авторитарного стилей общения, несмотря на кажущуюся их противоположность, являются дистантные отношения, отсутствие доверия, явная обособленность, отчужденность, демонстративное подчеркивание своего доминирующего положения.

Последствия

При либеральном стиле воспитания возможны следующие варианты развития личности:

1 вариант – свободный, но безучастный:

- неспособность к близости и привязанности;
- безучастность в отношении близких («это не мои проблемы, мне все равно»)
- отсутствие желания позаботиться о ком-то, помочь, поддержать;
- мало «душевного тепла».

2 вариант – личность «без тормозов» и «без запретов»:

- хамство и вседозволенность;

- воровство, враньё, распушенность;
- безответственность, не умение «держать слова».

Рекомендации

▪ Поменяйте тактику общения и отношение к своему ребенку. Постарайтесь восстановить взаимное доверие и уважение.

- Установите систему запретов и включитесь сами в жизнь подростка.
- Помогите ему участвовать в жизни семьи, четко обозначьте функциональные обязанности ребенка в семье, свои требования и ожидания.
- Создайте семейный совет, на котором решались бы многие проблемы всей семьи.

▪ Проявляйте «душевную теплоту» к ребенку, подчеркивайте его важность для вас и исключительность, беседуйте с ним и интересуйтесь его мнением.

▪ Помните, что ребенку необходимо ваше искреннее участие в его жизни!

Далеко не всегда эти стили проявляются в чистом виде в семье. Родители в разных ситуациях могут применять разные стили воспитания. Например, в ситуации конфликта родители действуют методом диктата, а в «мирное время», наоборот – допускают попустительство. Однако такое чередование стилей, такая непоследовательность, также неблагоприятно влияет на ребенка. В семье необходимо установить единый стиль воспитания, понятный ребенку, учитывающий его потребности и возможности.

Нельзя однозначно сказать, что только **стиль семейного воспитания** оказывает влияние на формирование личности ребенка, тем не менее, вероятность появления тех или иных черт в зависимости от стиля семейного воспитания увеличивается или уменьшается.

Будущие родители, осознав, сколь велика роль семьи в формировании личности ребенка, задумываются о том, каковы же для них самих цели работы по воспитанию своих детей. Ответ так же прост, как и сложен: цель и мотив воспитания ребенка – это счастливая, полноценная, творческая, полезная людям жизнь ребенка. На созидание такой жизни и должно быть направлено семейное воспитание. «У хороших родителей вырастают хорошие дети» – как часто мы слышим это утверждение, но затрудняемся объяснить, какие же они – хорошие родители.

Родители составляют первую общественную среду ребенка, личности родителей играют существеннейшую роль в жизни каждого человека. Специфика чувств, возникающих между детьми и родителями, определяется главным образом тем, что забота родителей необходима для поддержания самой жизни ребенка. А нужда в родительской любви – поистине жизненно необходимая потребность маленького человеческого существа. Родительская любовь – источник и гарантия благополучия человека, поддержания телесного и душевного здоровья. Отсутствие родительской любви к своему чаду, бессердечие и эгоизм, в свою очередь, могут стать источником вражды,

ненависти, презрения и тяжелой судьбы как родителей, так и, возможно, их ребенка. Именно поэтому искренняя, безусловная любовь родителей к ребенку, любовь, вырастающая во всеобъемлющую, искреннюю любовь и приятие других детей, к детям других родителей и к миру, к людям в целом, является залогом благополучия и детей и их родителей.

Глубокий постоянный психологический контакт с ребенком – это универсальное требование к воспитанию, которое в одинаковой степени может быть рекомендовано всем родителям, контакт необходим в воспитании каждого ребенка в любом возрасте. Именно ощущение и переживание контакта с родителями дают детям почувствовать и осознать родительскую любовь, привязанность и заботу. Основа для сохранения контакта – искренняя заинтересованность во всем, что происходит в жизни ребенка, искреннее любопытство к его детским, пусть самым пустяковым и наивным проблемам, желание понимать, желание наблюдать за всеми изменениями, которые происходят в душе и сознании растущего человека.

Контакт никогда не может возникнуть сам собой, его нужно строить даже с младенцем. Когда говорится о взаимопонимании, эмоциональном контакте между детьми и родителями, имеется в виду некий диалог, взаимодействие ребенка и взрослого.

Становление родительского поведения, приспособление к роли родителя – одно из главных направлений личностного развития взрослого человека. Трудность этой задачи в том, что она не может быть решена раз и навсегда: по мере роста, взросления ребенка родительская роль многократно видоизменяется, наполняется все новым и новым содержанием. Главными характеристиками оптимальной родительской позиции считаются адекватность, гибкость и прогностичность. *«Горячая и прочная привязанность членов семьи – это живительная почва, на которой расцветает личность ребенка. Ребенок в своем развитии проходит через определенные стадии, но его родители минуют один закономерный этап за другим, причем у каждого этапа своя специфическая задача, особенности, опасности, трудности. Важно, чтобы духовное развитие ребенка гармонизировало с жизненным созреванием его родителей и других воспитателей, чтобы эти процессы были ритмичными и слаженными»,* - отмечает чешский психолог З.Матейчек.

В настоящее время недостаточно пристальное внимание уделяется стилям семейного воспитания. Зачастую родители, воспитывая своего ребенка, даже и не подозревают о характере нарушений семейного воспитания, тем более что стиль семейного воспитания влияет на становление личности ребенка.

Тема 1.6. Индивидуально-типологические аспекты психического и соматического здоровья.

Проблема психического здоровья личности актуальна и может быть выделена как наиболее важная часть общего гуманистического направления в философии, психологии и педагогике. Психическое здоровье - сложный феномен. На сегодняшний день нет его однозначного определения и единого мнения о структурном составе, несмотря на достаточно большое количество исследований в данной области (О. Н. Кузнецов, Н.Д. Лакосина, В.И. Лебедев, Г.Н. Никифоров, А. Маслоу, Г. Олпорт, А. Эллис и др.). С понятием психического здоровья тесно связано понятие психической нормы, поскольку по внутренней логике психическая норма предполагает и наличие психического здоровья, т. е. «отсутствие чётко определяемого психического расстройства, наличие определённого функционального резерва организма, позволяющего человеку преодолевать психо-социальные стрессы и экстремальные ситуации». С точки зрения самого индивида его психическое здоровье можно определить, как максимальное развитие и счастье самого индивида.

Термин «норма» в переводе с латыни обозначает руководящее начало, правило, образец. Норма понимается как узаконенное установление, признанный обязательным порядок, строй и, вместе с тем, как установленная мера, средняя величина, характеризующая какую-либо совокупность событий. Понятие «психическая норма» активно используется и психологами, и психотерапевтами, не говоря уже о психиатрах, которых можно считать своеобразными «хранителями» этого понятия. В литературе справедливо отмечается, что понятие «норма», в частности, «психическая норма», является проблемой трудной для определения. Признаки, формирующие понятие «норма», трудноуловимы и изменчивы. Анализ истории и современной ситуации вопроса дает основания для вывода об относительности психической нормы и патологии. Это означает, во-первых, что содержание понятий «норма» и «патология» зависят от культуры, в условиях которой живет человек, оно различно в различные исторические периоды, в разных географических регионах, в разных социально-психологических группах; во-вторых, что еще не существует интегральной концепции психической нормы и патологии.

Если рассмотреть имеющиеся определения понятий «нормы» и «патологии», то, например, с точки зрения судебной медицины: «под психической нормой понимается такое состояние психики, при котором человек полностью отдает себе отчет в своих действиях и поступках. Психически нормальная личность - это вменяемая личность, несущая ответственность за все свои действия и поступки, не страдающая психическими болезнями. Вменяемость человека характеризуется правильным функционированием сознания». В патопсихологии в

определении нормы и психического здоровья обычно придерживаются определения ВОЗ, где оно сформулировано следующим образом: «Не только отсутствие болезней, но состояние физического, социального и психического благополучия». Категория психологической нормы является принципиальной составляющей понятийного аппарата психологии и вместе с тем одной из наиболее дискуссионных её проблем.

Теоретический и эмпирический анализ позволил установить, что среди наиболее часто выделяемых компонентов психического здоровья называют эмоциональный, потребностный, самооценочный. Существует многообразие критериев, предлагаемых разными исследователями для определения того, что такое норма. Среди них такие, как неадекватность поведения, отсутствие самокритики, непродуктивность деятельности. В психологической литературе термин «психическая норма» или «психическое здоровье» определяется двумя способами. С точки зрения общества, человека можно назвать нормальным, если он способен в совершенстве играть социальную роль, отведённую ему в этом обществе; более конкретно – если человек способен выполнять какую-то необходимую данному обществу работу и быть способным принимать участие в воспроизводстве общества: создавать семью, воспитывать детей.

Такое понимание нормы отражается в следующем определении: «Психическая норма представляет собой индивидуальную динамическую совокупность психических свойств конкретного человека, позволяющая ему адекватно своему возрасту, полу и социальному положению познавать окружающую действительность, адаптироваться к ней и выполнять свои биологические и социальные функции в соответствии с возникающими личными и общественными потребностями».

Б.С. Братусь, анализируя существующие в психологии учения о норме, отмечает: «Пожалуй, самым расхожим остается для многих психологов и психиатров понимание нормы как, во-первых, чего-то среднего, устоявшегося, не выделяющегося из массы, и, во-вторых (что необходимо связано с первым), наиболее приспособленного, адаптированного к определенной среде». Согласно же Я. Неплоху, среднеуровневая нормальная личность - это «образ человека с адекватным данной среде и обществу характером жизни, стремлениями, возможностью самоконтроля поведения и аффекта человека, поддерживающего связи с окружающими или близкими ему людьми и не препятствующего отправлению ими естественной деятельности».

Б.С. Братусь выводит признаки аномалии из понятия нормы. По его мнению, так как между условными полюсами «нормы» и «патологии» находится обширное поле отклонений, аномалий развития, то норму можно определить, как баланс сил, а патологию - как крайнюю противоположность нормы, а аномалию - переходное состояние между двумя антиподами (пограничное состояние). Действительно, реальная психиатрия ограничена житейской концепцией психической нормы и патологии. Вследствие этого психическая норма связывается прежде всего с приспособительным, а не

творческим поведением человека. Это приводит к тому, что критерии различия между творчеством и патологией оказываются недостаточно четкими, реалистичными и перспективными.

В традициях гуманистической психологии психическая норма рассматривается как наличие определённых личностных черт, индивидуальных особенностей, устойчивых нравственных ориентиров. Здесь норма выступает как некоторый «идеал», «образец» гармоничной личности, ищущей своё подлинное место в жизни и в мире. На сегодняшний день в нейропсихологии также активно разрабатывается проблема индивидуальных различий и типологии нормы, говорится о необходимости набора нормативов для разных возрастных периодов и разных социокультурных условий, также о важности определения соотношения между нормой психологической и нормой, устанавливаемой по объективным медицинским показателям. Нужно отметить, что часто, когда говорят о «нормальной личности», то сплошь и рядом забывают, что соединение двух терминов, таких как «личность» или «индивидуальность», с одной стороны, и «норма» или «средняя величина», с другой, грешит внутренним противоречием, так как это есть соединение двух по существу совершенно не согласных друг с другом терминов.

Слово «личность» подчёркивает именно индивидуальное, в противоположность схеме, норме, середине. Личность – высшее интегральное понятие, характеризуемое, прежде всего, как система отношений человека с окружающей действительностью. Самое главное и определяющее в личности – ее отношение к людям, являющиеся одновременно взаимоотношениями. Отношения человека представляют его сознательную, избирательную, основанную на опыте психологическую связь с различными сторонами объективной действительности, выражающуюся в его действиях, реакциях и переживаниях. Анализируя проблему психического здоровья личности, необходимо рассматривать также такие существенные стороны психического здоровья, как психологическая безопасность и психологическая защита.

Психологическая безопасность и психологическая защита как состояние защищенности личности, обеспечивающее ее целостность как активного социального субъекта, становится насущной потребностью повседневной жизни человека. Проблемы психического здоровья, психического благополучия населения, психологической безопасности рассматриваются как одна из важных сфер национальной безопасности.

Происходящая трансформация в обществе, процессы демократизации, перемена социальных структур и отношений, социальная незащищенность, воздействие стрессовых факторов, социальная апатия воздействуют на людей, приводят к росту случаев тревожно-депрессивных состояний, повышают психическую напряженность населения, сопровождаются зачастую отрицательными эмоциональными переживаниями и приводят к неясности и неопределенности в отношении будущего и к необходимости переосмысления социально-психологических процессов и явлений в современном обществе. Социальное поведение человека определяется его

базовыми потребностями, удовлетворение которых дает возможность для нормального функционирования человека. В структуре потребностно-мотивационной сферы личности имеется такая базовая потребность, как потребность в безопасности.

Потребность в безопасности реализуется через социальные и межличностные взаимодействия, совместную деятельность. Так как именно от межличностных отношений зависит нормальное функционирование социальных групп различного уровня сложности – от малой до общества в целом, как отмечает Э.Фромм: «Важная сторона дела состоит в том, что человек не может жить без какого-либо сотрудничества с другими. В любом мыслимом обществе человек должен объединяться с другими, если вообще хочет выжить, либо для защиты от врагов и опасностей природы, либо для того, чтобы иметь возможность трудиться и производить средства к жизни». При неудовлетворении этой потребности у человека возникают эмоционально негативные психические состояния. Нужно отметить, что в стабильных социальных условиях потребность в безопасности не проявляется в качестве активного фактора, влияющего на мотивацию человека. Но в периоды кризисных социальных изменений потребность в безопасности становится ведущей и начинает определять мотивацию социального поведения человека.

Психологическая безопасность обеспечивается через психологическую защиту личности. В широком смысле понятие «психологическая защита» употребляется для обозначения любого поведения, устраняющего психологический дискомфорт. «Психологическая защита» в традиционном представлении психоаналитической ориентации, обозначающей ее как внутриличностное явление, трансформировалась в феномен межличностного и межгруппового взаимодействия, а также взаимодействия человека с информационной средой общества.

В настоящий момент имеются следующие определения психологической защиты: а) сложная многоуровневая система социальных, социально-психологических и индивидуально-личностных механизмов, образований и форм поведения, которая должна обеспечивать социально-психологическую безопасность человека в обществе как личности и активного социального субъекта; б) относительно устойчивое положительное эмоциональное переживание, умение управлять эмоциями, психосоциальное взаимодействие, осознание индивидом возможности удовлетворения своих основных потребностей и обеспеченности собственных прав в любой, даже неблагоприятной ситуации; в) специальная регулятивная система стабилизации личности, функция которой является «ограждение» сферы сознания от негативных, травмирующих личность переживаний, сохранение внутренней устойчивости личности и нормального течения психической жизни человека и его поведения под влиянием нежелательных и социально вредных последствий; г) предотвращение или нейтрализация угрожающих факторов, способных нанести ущерб личности; д) использование разнообразных средств и способов изменения процессов информационно-

психологического взаимодействия человека с различными социальными субъектами и информационной средой в целом.

Среди основных факторов, воздействующих на психологическую безопасность личности в современном мире, можно выделить, во-первых, внешние: социально-политические факторы – глобальное информационно-пропагандистское воздействие, разрушение ранее существовавшей административной системы государственного управления, идеологические перемены, трансформационные процессы в обществе; социально-экономические факторы – падение жизненного уровня населения, безработица, имущественная поляризация в обществе, криминализация общественных отношений, превышение смертности населения; духовные факторы – изменение ценностных ориентаций, рост и деструктивная роль нетрадиционных религиозных организаций (сектантизм), недейственность системы образования и науки. Во-вторых, внутренние, разнообразные травмирующие эмоциональные переживания человека, конфликтность и нестабильность семьи, стрессовые ситуации детства, приводящие к формированию определенных личностных качеств, неадекватных моделей поведения, которые могут привести к неустойчивости психической защиты в зрелом возрасте.

Эти факторы порождают отсутствие чувства базисной безопасности и проявляются тревожностью, внутренними конфликтами и повышенной фрустрацией в зрелом возрасте. Одним из основных способов психологической защиты личности является обеспечение ее информационно-психологической безопасности, под которой нужно также понимать определенную защищенность сознания от информационных воздействий, способных против ее воли и желания изменять психологическое состояние и поведение человека. Обеспечение информационно-психологической безопасности является одним из главных направлений защиты жизненно важных интересов личности, общества и государства. Однако важность проблем информационно-психологической безопасности личности и ее психологической защиты в современных условиях стала осознаваться в полном объеме лишь только в последние годы. Информация как универсальный инструмент прогресса человечества является главным ресурсом развития современного общества.

Темпы влияния информации на психику человека возрастают и возникает необходимость выживания человека как личности и активного социального субъекта в современном обществе. В качестве негативных последствий информационно-психологических воздействий рассматриваются: повышение психоэмоциональной и социально-психологической напряженности, искажение нравственных критериев и норм, морально-политическая дезориентация, снижение чувствительности и формирование безучастности ко всему происходящему в обществе. И в конечном итоге средства массовой информации начинают выступать как деструктивная сила в обществе и практически утрачивают ту роль демократического института, которую они должны выполнять.

Таким образом, психологическая безопасность как показатель общественной стабильности и психического здоровья является важнейшим составляющим элементом высокого качества жизни данного общества. Люди, обладающие системой психологической защиты, являются активными и созидательными членами общества, что является основой для ведения полноценной и значимой жизни, а это, несомненно, в свою очередь способствует социально-экономическому развитию общества и духовно-целостному развитию личности. Соответственно, разработка и пропаганда эффективных методов укрепления психологической защиты населения позволит повысить уровень психического благополучия общества в целом. И не случайно, что вопросы психологической безопасности личности и психологической защиты от отрицательных воздействий внешних и внутренних факторов в последнее время в развитых странах становятся объектом научного исследования и областью стратегических инвестиций.

РАЗДЕЛ 2. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

2.7. Поведенческие факторы риска в возникновении хронических заболеваний

В 20-м веке произошли резкие изменения причин смертности. До 19-го века люди в основном умирали от инфекционных заболеваний. В 20-21-м веке хронические неинфекционные заболевания – причина подавляющего большинства смертей в России и мире.

Более 80% смертей в России приходится на долю ХНИЗ: ССЗ – 56% (1,3 миллиона человек), травмы и отравления 13% (300 тысяч человек) онкологические болезни – 12% (287 тыс. человек).

Вылечить хронические заболевания невозможно. Их нужно профилактировать, воздействуя на факторы риска. Факторы риска увеличивают вероятность возникновения хронических заболеваний. Эти факторы риска универсальны.



Высокое артериальное давление (АД)

Повышенное АД оказывает неблагоприятное воздействие на кровеносные сосуды и внутренние органы: головной мозг, сердце, почки. Это так называемые органы-мишени, которые наиболее повреждаются при гипертонии. Если гипертонию не лечить, то это нередко приводит к таким серьезным осложнениям, как инсульт, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, сердечная и почечная недостаточность, нарушения зрения. Артериальная гипертония в 3 раза повышает риск смерти от сердечно – сосудистых заболеваний и является причиной 7 миллионов смертей в мире ежегодно.



Курение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), курение табака является ведущей причиной плохого здоровья и преждевременно смертности. Курение является одним из наиболее значимых факторов риска, приводящих к развитию таких заболеваний, как сердечно-сосудистые, респираторные, некоторые формы рака. С курением связаны до 90% всех случаев рака легких, 75% случаев хронического бронхита и эмфиземы легких, 25% случаев ишемической болезни сердца. Известно также, что смолы табака — не единственное из опасных для жизни веществ, вдыхаемых в процессе курения. Еще недавно в табачном дыме насчитывали 500, затем 1000 компонентов. Согласно современным данным, количество этих компонентов составляет 4720, в том числе наиболее ядовитых — около 200.

Установлен вред не только активного, но и пассивного курения. Регулярное пребывание в роли «пассивного курильщика» в 2,5 раза повышает у него

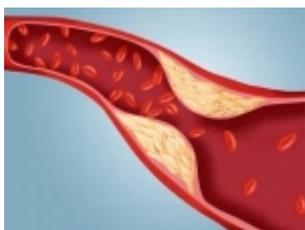
риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения.

Избыточная масса тела



Ожирение является одним из проявлений болезней цивилизации, обусловленных чрезмерным, нерациональным, несбалансированным питанием с одной стороны, и низкими энергозатратами – с другой.

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о связи ожирения с заболеваемостью диабетом 2-го типа, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ИМ, ишемический инсульт), злокачественными новообразованиями различной локализации. В РФ избыточную массу тела имеют 50% женщин и 30% мужчин. Вероятность развития артериальной гипертонии у лиц с ожирением на 50% выше, чем у лиц с нормальной массой тела.



Высокий уровень холестерина в крови

Существует определенная взаимосвязь между повышенным уровнем холестерина в крови и развитием сердечно-сосудистых заболеваний. Избыток холестерина откладывается в стенках сосудов и приводит к образованию жировых отложений (атеросклеротических

бляшек), которые суживают просвет сосуда — так развивается атеросклероз, что затрудняет работу сердца и ведет к повышению артериального давления. По мере своего роста, бляшка перекрывает просвет сосуда и препятствует нормальному кровотоку в сосуде. При этом нарушается доставка кислорода и питательных веществ, в ткань, что приводит к ее отмиранию. Если это происходит в сердце — развивается инфаркт миокарда, если в головном мозге — инсульт. Уровень общего холестерина в крови должен быть 5,0 ммоль/л и менее.



Повышенное содержание глюкозы в крови

Инсулин — это гормон, регулирующий уровень содержания сахара в крови. Общим результатом неконтролируемого диабета является гипергликемия, или повышенный уровень содержания сахара в крови, что со временем приводит к серьезному повреждению многих

систем организма, особенно нервов и кровеносных сосудов. Диабет повышает риск развития болезней сердца и инсульта. Согласно данным международного исследования, 50% людей с диабетом умирает от сердечно-сосудистых болезней (в основном, от болезней сердца и инсульта).



Пагубное употребление алкоголя

В целом в мире ежегодно по этой причине умирает 2,3 миллиона человек. В Российской Федерации на долю алкоголя приходится 350-700 тысяч смертей в год.

Употребление алкоголя связано с риском развития таких проблем со здоровьем, как психические и поведенческие нарушения, включая алкогольную зависимость, тяжелые неинфекционные заболевания, такие как цирроз печени, некоторые виды рака и сердечно-сосудистые болезни, а также травмы в результате насилия и дорожно-транспортных аварий.

Значительная доля бремени болезней, обусловленного вредным употреблением алкоголя, связана с непреднамеренными и преднамеренными травмами, включая травмы в результате дорожно-транспортных аварий, насилия и суицидальных попыток.



Низкая физическая активность

Малоподвижный образ жизни или недостаточную физическую активность обозначают термином «гиподинамия». Гиподинамия увеличивает риск развития и отягощает множество болезней: атеросклероз, ожирение, гипертонию, сахарный диабет. Минимальный объем физических нагрузок для человека любого возраста — 5 раз в неделю по 30 минут упражнений в день. Для большинства людей рекомендуется более интенсивная и продолжительная физическая нагрузка. У каждого человека имеются свои индивидуальные границы интенсивности нагрузки, которые зависят от пола, возраста, индивидуальных особенностей организма, наличия заболеваний. Исследования показали, что регулярная физическая активность увеличивает продолжительность жизни на 5 лет, по сравнению с физически неактивными людьми.

Коррекция факторов риска при регулярном прохождении диспансеризации позволит Вам в значительной степени уменьшить вероятность развития наиболее опасных заболеваний, являющихся основной причиной инвалидности и смертности населения нашей страны или выявить их на ранней стадии развития, когда их лечение наиболее эффективно.

2.8. Безопасное и рискованное поведение

Наиболее цитируемым определением здорового поведения является определение, предложенное в 1966 г. С. Каслом и С. Коббом. Они представляли его как любую активность, осуществляемую индивидом с целью предотвращения заболевания или его распознавания на ранней стадии. Более современное понятие разработал Гочман. Он определил здоровое поведение как поведенческие паттерны, действия и привычки, которые связаны с поддержанием здоровья, его восстановлением и улучшением. К. Эварт предлагает более широкое определение: действия, повышающие

или понижающие риск болезни или несчастного случая (травмы). Понятие здорового поведения частично совпадает с предложенным нами понятием безопасного поведения, а также с понятием рискованного поведения.

Безопасное поведение - это произвольное поведение, направленное на сохранение или увеличение соматического благополучия индивида, снижение риска несчастных случаев и болезней.

Далее понятия здорового и безопасного поведения будут использоваться как синонимы.

Виды здорового поведения существенно отличаются друг от друга по таким критериям, как степень произвольности поведения, длительность, характер влияния на здоровье (рис. 2.8.1).



Рис. 2.8.1 - Классификация видов безопасного поведения

Одни виды здорового поведения осуществляются людьми спонтанно, без долгих размышлений, другие являются результатом сознательно принятого решения (изменение рациона питания, физические упражнения), третьи могут быть вызваны давлением со стороны окружающих (отказ от употребления наркотиков, ежегодное прохождение студентами флюорографии). Дж. Прохазка указал на необходимость различать

единичные действия (например, прохождение флюорографического исследования) и длительную, требующую постоянных усилий активность по сохранению здоровья (соблюдение диеты с пониженным содержанием соли). По мнению С. Саттона, *здоровое поведение* классифицируется на основании следующих критериев:

- направленность на выявление или профилактику болезней;
- публичность или приватность,
- самостоятельное осуществление или с использованием профессиональной помощи.

На протяжении XX в. представления о здоровом и нездоровом поведении существенно менялись. Так, в первой половине к числу главных способов заботы о здоровье относились поддержание личной гигиены и гигиены окружающей среды, разнообразное питание, физическая активность, нормальный режим труда и отдыха. Затем в сфере питания начала нарастать озабоченность вредными для здоровья продуктами, а физическая активность стала рассматриваться не как средство тренировки силы и выносливости, а как способ борьбы с ожирением.

Понятие *рискованного поведения* тесно связано с понятием безопасного поведения (оно используется не только в психологии здоровья, но и в других науках): например, в эпидемиологии понятие риска включает в себя вероятность того, что индивид, который подвергается воздействию какого-либо фактора или имеет какую-то характерную особенность, заболеет. Очевидно, факторы риска - это те обстоятельства, виды поведения, которые связаны с повышением вероятности возникновения заболевания, а рискованное поведение - это поведение, способствующее активизации данных факторов (условий). Поскольку взаимосвязь между факторами риска и болезнью устанавливается на уровне популяции, она необязательно будет характерна для конкретного индивида.

В психологической литературе встречается несколько вариантов понимания рискованного поведения:

1. *Как противоположности безопасному поведению.* В словаре русского языка дается определение риска как действия наудачу в надежде только на благоприятный исход. Однако в психологии такое понимание риска не всегда возможно, так как и здоровое поведение может включать элементы риска: например, бег по утрам - один из вариантов здорового поведения, но во время бега можно получить травму (а значит, в какой-то степени это поведение рискованное). Приведенный пример отражает еще одну характерную особенность дефиниций как рискованного, так и безопасного поведения. Достаточно часто они указывают не на наличие, а на отсутствие каких-то действий (курить - рискованно для здоровья, не курить - безопасно).

2. *Как поведения с неопределенным результатом.* Данное понимание риска используется не только в психологии, но и везде, где актуальна теория решений. Люди по-разному оценивают и осознают риск. Одни стремятся использовать информацию о риске, другие не представляют возможного

результата и не хотят представлять его. Постоянная рефлексия по поводу риска, связанная с современным типом идентичности, характерна не только для уязвимых групп населения, но и для вполне здоровых людей.

3. *Как поведения с заведомо вредным для здоровья результатом.* В качестве примера можно привести употребление наркотиков.

Американские психологи Л. Бернارد и Э. Кру пат выделили угрозы здоровью, актуальные для каждого из семи возрастных периодов и связанные с ними виды поведения.

В младенческом возрасте (авторы определяют его как период с рождения до двух лет) главной угрозой здоровью являются недостаточный при рождении ребенка вес, патология при родах, инфекция, депривация психических и физиологических потребностей (конечно, в данном случае речь идет не о рискованном поведении младенца, а о рискованном поведении матери и других людей, которые осуществляют за ним уход). Вес новорожденного зависит от веса плода во время беременности, курения матери, плохого питания беременной, употребления алкоголя и наркотиков, контакта с токсинами, находящимися во внешней среде. Помимо отказа от рискованного поведения будущей матери необходимо контролировать такие возможные проблемы со здоровьем, как анемия, аномальные показатели артериального давления и др. Большое значение для здоровья новорожденного имеет и поведение отца (употребление алкоголя, курение, контакт с радиоактивными веществами, пестицидами, свинцом и другими токсичными субстанциями).

Наиболее важными элементами поведения будущих родителей являются:

- отказ от употребления психоактивных веществ;
- защита от вредного действия окружающей среды (токсины, радиоактивные вещества);
- контроль состояния здоровья;
- правильное питание (контроль веса).

После рождения ребенка к этим видам поведения добавляются правильный уход за ним (питание, сон, гигиена, психологический контакт и т.д.), защита его от инфекций, своевременные обследования у врача. В период грудного вскармливания и в первое время после перехода к приему твердой пищи формируются пищевые предпочтения ребенка, что также необходимо учитывать.

В детстве (два года -12 лет) главной угрозой здоровья ребенка являются инфекционные заболевания и несчастные случаи. Частота инфекционных заболеваний в раннем детстве (от двух до шести лет) в два раза выше, чем у взрослых: например, в этом возрасте ребенок переносит в среднем около восьми простудных заболеваний в год. Значительную угрозу представляют и кишечные инфекции. Широкую распространенность инфекционных заболеваний у детей можно объяснить как слабостью их иммунной системы, так и обилием контактов с другими детьми в сочетании с неправильным поведением (грязные руки, еда из чужой тарелки, неумение правильно

кашлять и сморкаться и др.). В данном отрезке времени возрастает роль собственного поведения ребенка в защите своего здоровья: закладываются важные для здоровья привычки (соблюдение норм гигиены, физические упражнения, режим сна и бодрствования, питание), формируются первые представления о здоровье, которые способны повлиять на всю его жизнь.

Подростковый возраст большинство авторов связывают с высокой степенью выраженности опасного для здоровья поведения. Выделяют шесть видов поведения, которые могут серьезно повлиять на состояние здоровья в этот период:

- драка, нападение, травма и суицидальные действия;
- курение;
- употребление алкоголя;
- незащищенный секс;
- физическая активность;
- рацион питания.

Проведенное в США национальное репрезентативное исследование школьников 9-12-х классов показало, что 72 % всех смертей в возрасте от 10 до 24 лет являются результатом действия нескольких причин - дорожно-транспортных происшествий, несчастных случаев, убийств, суицида. Значительная часть этих трагических событий связана с употреблением психоактивных веществ.

В подростковом возрасте развиваются определенные стереотипы поведения, которые могут повлиять на здоровье в будущем (курение, недостаточная физическая активность и нерациональное питание). В исследовании «Поведение детей школьного возраста и их отношение к здоровью», много лет проводившемся при содействии Всемирной организации здравоохранения, особое внимание уделялось возрастной группе от 11 до 15 лет. Было обнаружено, что выраженность рискованного поведения увеличивается к концу исследуемого периода. Например, если в 11 лет курят только 15 % детей, то к 15 годам доля курящих достигала 62 %. Если в 11 лет еженедельно употребляли алкоголь только 5 % респондентов, то в 15 лет таких подростков было уже 29 %. Масштабное срезное исследование, в котором приняли участие все школьники одной из областей Швеции (2181 человек), позволило сделать вывод о том, что поведение в сфере здоровья сильно изменяются именно в возрасте от 11 до 14 лет; при этом у девочек изменения происходят быстрее, чем у мальчиков. Сами подростки описывают этот период как драматичный, однако в отличие от взрослых они больше указывают на неблагополучие в межличностных отношениях. Данные относительно резкого возрастания употребления алкоголя в подростковый период были получены О'Мэлли с соавторами в 1998 г.

В период ранней взрослости (20—40 лет) большинство людей оценивает свое здоровье как отличное. Однако после 30 лет начинается постепенное ухудшение физического функционирования, а после 35 лет дают о себе знать основные хронические заболевания современной эпохи - сердечно-

сосудистые и онкологические. Интересно, что в этом возрасте мужчины имеют в два раза больший шанс умереть, чем женщины. Возможно, это объясняется их значительной предрасположенностью к генетически детерминированным заболеваниям, а возможно различным отношением к здоровью и поведенческими особенностями. В целом жизненный стиль людей в этом возрасте стабилизируется - например, снижается вероятность того, что человек начнет впервые злоупотреблять психоактивными веществами.

В период средней взрослости (40-65 лет) люди находятся на пике своих возможностей. Однако именно в этом возрасте существенно повышается смертность - например, ее показатели у 45-летних реципиентов удваиваются по сравнению с показателями смертности людей 35 лет. Снижается способность организма переносить физические нагрузки, становятся очевидными симптомы хронических заболеваний. На этот период приходится менопауза.

Поздняя взрослость (старше 65 лет) характеризуется снижением способностей человека справляться даже с небольшими заболеваниями. Драматические изменения происходят в двигательной сфере: уменьшается выносливость человека, снижаются скорость и сила движений.

Таким образом, набор наиболее важных видов безопасного и рискованного поведения человека специфичен для каждого из возрастных периодов.

Помимо возрастных различий поведения, связанных со здоровьем, существуют и значительные *гендерные различия*. Предполагается, что они являются причиной разницы в средней продолжительности жизни мужчин и женщин. Мужчины более склонны к рискованному поведению. Как уже указывалось, это может быть связано с доминирующими в современной культуре моделями маскулинности и фемининности, но возможно, что разница в поведении - это артефакт, который объясняется различиями в видах рискованного поведения, характерных для женщин и для мужчин. Многие виды рискованного поведения связаны с сердечно-сосудистой патологией, которой страдают мужчины. Вместе с тем неоправданное применение диеты, как и злоупотребление медицинской помощью, до сих пор остается сугубо женским видом рискованного поведения.

Немаловажным является вопрос о том, каким образом можно измерить (оценить) связанное со здоровьем поведение. До сих пор наиболее распространенным является метод анкетного опроса. В США с 1984 г. для подобных исследований применяется «Система мониторинга поведенческих факторов риска» (Behavioral Risk Factor Surveillance System). Ее разработали специалисты Национального центра контроля за заболеваниями. Ежегодно в рамках этого проекта исследуются данные по каждому из штатов, а также по округам Колумбия и Пуэрто-Рико. Материал собирается путем телефонного опроса репрезентативных выборок (200 000 человек). Сначала в опросе изучались шесть поведенческих параметров: курение, употребление алкоголя, физическая активность, рацион питания, уровень артериального

давления и использование ремней безопасности при поездках на автомобилях. Впоследствии каждый из штатов смог включить в анкету и другие вопросы, отражающие местную специфику.

Достоинством этого метода является принципиальная сопоставимость данных в масштабах всей страны. К числу недостатков можно отнести значительные финансовые затраты на его проведение и невозможность полностью доверять собранным данным (например, будут ли достоверными ответы, если в телефонном интервью затрагиваются такие темы, как употребление наркотиков?).

Другими способами исследования безопасного и рискованного поведения являются личные интервью, наблюдение, психофизиологические методы (например, измерение количества вещества в крови), анализ документов (записи в личных делах, медицинских картах и пр.). В настоящее время анкетный опрос считается наиболее экономичным и одновременно информативным способом оценки поведения, несмотря на то, что некоторые исследователи не признают его таковым. Однако С. Саттон полагает, что альтернативы этому подходу пока нет. Наблюдение или данные, полученные от третьих лиц (врачей, педагогов и др.), также могут быть недостоверными. В 1940-1970-е гг. при исследовании санитарной культуры предлагалось учитывать и объективные показатели, т.е. характеристики окружающей среды, свидетельствующие об осознании необходимости заботы о здоровье.

Критериями роста санитарной культуры являются повышение доли семейного бюджета на заботу о здоровье, улучшение санитарного состояния жилища, производственных помещений и улиц, попытки воздействовать на работу системы здравоохранения, посещаемость поликлиник и др. Представляется целесообразным использовать подобные показатели в дальнейших исследованиях.

Часто респондентам задают слишком общие вопросы - например, стараются ли они заботиться о своем здоровье. При этом игнорируется тот факт, что одинаковые ответы могут дать респонденты с различными характеристиками образа жизни - так, один человек считает главным компонентом здорового образа жизни физические нагрузки, а другой - употребление в пищу овощей и фруктов. Большая часть анкетных опросов происходит в ходе срезовых, а не лонгитюдных исследований, что позволяет усомниться в устойчивости выявляемых таким образом показателей, поскольку не всегда в анкетах уточняется, о каком периоде времени идет речь.

Опыт эмпирических исследований показывает, что важным требованием к измерению поведения являются возможность сопоставления эмпирических результатов, особенно на уровне целой страны (региона), экономичность, рентабельность исследования, достоверность результатов, соответствие изучаемого поведения актуальным вопросам здравоохранения.

2.9. Личностные факторы здоровья человека

Образ жизни — определенный тип жизнедеятельности людей, включающий в себя совокупность различных видов деятельности, поведение людей в повседневной жизни.

Условия жизни — условия, определяющие образ жизни. Они могут быть материальными и нематериальными (труд, быт, семейные отношения, образование, питание и т. д.).

Уровень жизни (уровень благосостояния) характеризует размер и структуру потребностей. Это количественные показатели условий жизни. Уровень жизни определяется размером валового продукта, национальным доходом, реальными доходами населения, обеспеченностью жильем, медицинской помощью, показателями здоровья населения.

Уклад жизни — порядок, регламент труда, быта, общественной жизни, в рамках которых проходит жизнедеятельность людей.

Стиль жизни — индивидуальные особенности поведения в повседневной жизни.

Качество жизни — качество тех условий, в которых осуществляется повседневная жизнедеятельность людей (качество жилищных условий, питания, образования, медицинской помощи).

В определении понятия здорового образа жизни необходимо учитывать два отправных фактора — генетическую природу данного человека и ее соответствие конкретным условиям жизнедеятельности.

Задача социального работника в конечном итоге состоит в помощи клиенту восстановить или улучшить взаимодействие между ним и обществом для улучшения качества жизни клиента.

Актуальность здорового образа жизни вызвана возрастанием и изменением характера нагрузок на организм человека в связи с усложнением общественной жизни, увеличением рисков техногенного, экологического, психологического, политического и военного характера, провоцирующих негативные сдвиги в состоянии здоровья.

Болезни человека в наибольшей степени обусловлены его образом жизни и повседневным поведением. В настоящее время здоровый образ жизни рассматривается как основа профилактики заболеваний и преждевременных смертей, увеличения продолжительности жизни.

Здоровый образ жизни должен соответствовать заложенной в человеке генетической программе. Это необходимо как для гармоничного сосуществования человека с природой, так и максимального развития потенциала здоровья. Генетическая программа человека определяет его конституцию (морфофункциональный тип, преобладающие типы нервных и психических реакций), норму биологических реакций и, следовательно, предопределяет наличие или отсутствие различных заболеваний.

На образ жизни помимо генетических факторов также влияют возраст, пол человека, образование, интеллект, профессия, условия труда, воспитание,

семейные традиции и устои, материальное благополучие, бытовые условия, личные мотивации.

Активным носителем здорового образа жизни является конкретный человек как субъект и объект своей жизнедеятельности и социального статуса.

2.10. Отношение к здоровью

В последнее время, когда стало понятно, что медицина не всегда может справиться со всем шквалом патологии, интерес к здоровому образу жизни привлекает все более пристальное внимание. Уместно вспомнить древнее изречение: искусство продлить жизнь — это искусство не укорачивать ее.

Здоровый образ жизни (ЗОЖ) — образ жизни отдельного человека с целью профилактики болезней и укрепления здоровья.

Существует множество различных подходов к определению здорового образа жизни. Представители философско-социологического направления (П.А. Виноградов, Б. С. Ерасов, О. А. Мильштейн, В. А. Пономарчук, В.И. Столяров и др.) рассматривают ЗОЖ как глобальную социальную проблему, составную часть жизни общества в целом. В психолого-педагогическом направлении (Г. П. Аксенов, В. К. Бальсевич, М.Я. Виленский, Р. Дитлс, И. О. Мартынюк, Л. С. Кобелянская и др.) ЗОЖ рассматривается с точки зрения сознания, психологии человека, мотивации. Имеются и другие точки зрения (например, медико-биологическая), однако резкой грани между ними нет, так как они нацелены на решение одной проблемы — укрепления здоровья.

Таким образом, здоровый образ жизни есть способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья с целью полноценного выполнения человеком его социально-биологических функций.

В приведенном определении здорового образа жизни акцент делается на индивидуализации самого понятия, т. е. здоровых образов жизни должно быть столько, сколько существует людей.

В установлении здорового образа жизни для каждого человека необходимо учитывать как его типологические особенности (тип высшей нервной деятельности, морфофункциональный тип, преобладающий механизм вегетативной нервной регуляции и т. д.), так и возрастную-половую принадлежность и социальную обстановку, в которой он живет (семейное положение, профессию, традиции, условия труда, материального обеспечения, быта и т. д.). Важное место в исходных посылах должны занимать личностно-мотивационные особенности данного человека, его жизненные ориентиры, которые сами по себе могут быть серьезным стимулом к здоровому образу жизни и к формированию его содержания и особенностей.

В реализации здорового образа жизни человек выступает в единстве своих биологического и социального начал. В основе формирования здорового образа жизни лежит личностно-мотивационная установка человека на воплощение своих социальных, физических, интеллектуальных и психических возможностей и способностей.

Здоровый образ жизни является наиболее эффективным средством и методом обеспечения здоровья, первичной профилактики болезней и удовлетворения жизненно важной потребности в здоровье.

Программа и организация здорового образа жизни для данного человека определяется следующими основными посылками:

1. индивидуально-типологическими наследственными факторами;
2. объективными социальными условиями и общественно-экономическими факторами;
3. конкретными условиями жизнедеятельности, в которых осуществляется семейно-бытовая и профессиональная деятельность;
4. личностно-мотивационными факторами, определяемыми мировоззрением и культурой человека, степенью их ориентации на здоровье и здоровый образ жизни.

Контроль за состоянием здоровья осуществляется с помощью некоторых показателей, имеющих конкретное количественное выражение. Например, основные показатели гомеостаза, показатели резервов организма при направленных нагрузках.

Здоровый образ жизни — это реализация комплекса действий во всех основных сферах жизнедеятельности человека: трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой¹.

Медико-биологический смысл здорового образа жизни заключается в адаптационных возможностях человека. В такое понимание здорового образа жизни чаще всего вкладывают понятия:

- о воспитание с раннего детства здоровых привычек и навыков;
- о безопасная и благоприятная для обитания окружающая среда;
- о знания о влиянии окружающих предметов на здоровье;
- о отказ от вредных привычек (курения, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем);
- о умеренное, соответствующее физиологическим потребностям питание
- о осознанный выбор продуктов;
- о физически активная жизнь, включая специальные упражнения (например, фитнес);
- о соблюдение правил личной и общественной гигиены;
- о владение навыками первой помощи;
- о закаливание.

2.11. Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни

Все компоненты здорового образа жизни (ЗОЖ) связаны между собой. На физиологическое состояние человека большое влияние оказывает его психоэмоциональное состояние, которое зависит, в свою очередь, от его ментальных установок. Поэтому отдельно в медико-биологических теориях здорового образа жизни выделяют следующий блок составляющих:

1. эмоциональное самочувствие: психогигиена, умение справляться с собственными эмоциями;
2. интеллектуальное самочувствие: способность человека узнавать и использовать новую информацию для оптимальных действий в новых обстоятельствах;
3. духовное самочувствие: способность устанавливать действительно значимые, конструктивные жизненные цели и стремиться к ним, оптимизм.

Некоторые исследователи добавляют к этому списку социальное самочувствие — способность взаимодействовать с другими людьми. Формирование здорового образа жизни, по мнению некоторых авторов, осуществляется на трех уровнях:

1. социальном: пропаганда через СМИ, информационно-просветительская работа;
2. инфраструктурном: конкретные условия в основных сферах жизнедеятельности (наличие свободного времени, материальных средств), профилактические учреждения, экологический контроль;
3. личностном: система ценностных ориентации человека, стандартизация бытового уклада.

Проблемами социального уровня ЗОЖ занимаются такие службы формирования здорового образа жизни, которые включают областные, городские и районные центры здоровья, центры спортивной медицины, косметологические лечебницы, кабинеты пропаганды здорового образа жизни.

Субъективно человек, ведущий здоровый образ жизни, может ощутить изменения в своем состоянии, которые станут наградой за его усилия: может увеличиться выносливость, повыситься трудоспособность, реже возникать простуды, улучшится настроение и самочувствие.

Путь каждого человека к здоровому образу жизни уникален, но всегда важен конечный результат. Эффективность ЗОЖ можно оценивать по ряду биосоциальных критериев:

1. оценке морфофункциональных показателей здоровья (уровню физического развития, тренированности и адаптивности);
2. оценке состояния иммунитета (количество простудных и инфекционных заболеваний в течение определенного периода; количество обострений хронических заболеваний);

3. оценке адаптации к социально-экономическим условиям жизни:

- эффективность профессиональной деятельности;
- активности исполнения семейно-бытовых обязанностей;
- широте и степени проявления социальных и личностных интересов.

1. Оценке уровня валеологических показателей:

- степени сформированности установки на ЗОЖ;
- уровню валеологических знаний;
- уровню усвоения практических знаний и навыков, связанных с поддержанием и укреплением здоровья;
- умению самостоятельно построить индивидуальную траекторию здоровья и программу ЗОЖ.

Можно предложить и такую классификацию оценки параметров оценки ЗОЖ:

- о оптимальность двигательного режима;
- о тренированность и адаптивность к физическим нагрузкам;
- о резерв системы терморегуляции;
- о защитный резерв иммунитета;
- о уравновешенность психологического состояния;
- о гармоничность семейных и деловых отношений;
- о рациональность питания;
- о достаточность личной гигиены;
- о отсутствие вредных привычек;
- о валеологическое самообразование
- о сила и устойчивость мотивации вести ЗОЖ.

Знания о здоровом образе жизни предназначены для того, чтобы жизнедеятельность человека стала лучше, максимально реализовалось все лучшее в генофонде и было сглажено действие вредных генов, максимально гармонично происходило развитие и построение взаимоотношений с окружающим миром.

Важно понимать, что каждый человек способен менять среду своего обитания в пределах своего жилища, рабочего места, правильно выбирая места для отдыха, тем самым уменьшая возможные вредные воздействия окружающей среды. Здоровый образ жизни дает большую свободу и власть над собственной жизнью, делая ее более плодотворной, качественной и продолжительной. Чтобы достичь этого, человек должен прежде всего стать носителем идеи здоровья как основного жизненного приоритета — эта проблема и является важнейшей задачей применения социальных технологий в данной сфере.

Следующим этапом должно стать формирование определенной организации самосознания человека, ориентированного на понимание роли и места различных средств, методов и форм здорового образа жизни, а также на умение применить их в своей жизнедеятельности. В этом процессе неприемлемы подходы массовой медицины, для которых свойственны всеобщие, единые нормы и рекомендации. Основой валеологической

культуры является осознанный и желаемый перенос ценности здоровья (своего и общественного) и заботы об окружающей среде в ряд жизненных приоритетов.

Формирование здорового образа жизни осуществляется благодаря поступающей извне информации, через коррекцию образа жизни, благодаря обратной связи, анализу собственных ощущений, самочувствия и динамики объективных морфофункциональных показателей, их соотношения с имеющимися у него валеологическими знаниями. Формирование здорового образа жизни представляет собой исключительно длительный процесс и может продолжаться всю жизнь.

Обратная связь от происходящих в организме в результате следования ЗОЖ изменений наступает не сразу, иногда ее ожидают годами. Вот почему часто люди «пробуют» лишь переход, но, не получив быстрого результата, возвращаются к прежнему образу жизни. В этом нет ничего удивительного, так как здоровый образ жизни предполагает отказ от многих ставших привычными приятных условий жизнедеятельности (переедание, комфорт, алкоголь, курение и др.) и, наоборот, — постоянные и регулярные тяжелые для неадаптированного к ним человека нагрузки и строгую регламентацию образа жизни. В первый период перехода к ЗОЖ, когда человек постоянно испытывает дефицит знаний, особенно важно поддержать человека в его стремлении обеспечить его необходимыми консультациями, указать на положительные изменения в состоянии его здоровья, в функциональных показателях, исправлять ошибки, поддерживая тем самым мотивацию.

Особенно важным является ориентирование на здоровый образ жизни детей, что является предпосылкой здорового начала будущих семей, способных родить, вырастить и воспитать последующие поколения людей с более совершенным генофондом и с устойчивой системой здоровых потребностей. Понятно, что сформировать настоящие мотивации к ЗОЖ можно только с детских лет. Да и результаты будут лучше, чем в случаях, когда уже накоплен груз заболеваний и патологических состояний. Естественно, что к работе с детьми и подростками нужно допускать исключительно профессионалов. Особую осторожность следует проявлять в вопросах полового воспитания и профилактике химических зависимостей.

Государству и обществу выгодна пропаганда здорового образа жизни, так как в его результате:

- о снижается заболеваемость и уменьшаются затраты на лечение и выплаты инвалидам;
- о повышается социальная активность людей и способность к продуктивному труду и, следовательно, повышаются доходы граждан, которые для государства являются источником налогов;
- о улучшаются семейные отношения;
- о уменьшается распространенность особо опасных вредных привычек;
- о улучшается психологический климат в обществе.

При использовании социальных технологий по формированию здорового образа жизни необходимо учитывать возрастные особенности

клиентов. Например, детям и подросткам следует сначала объяснить необходимость положительных установок на здоровый образ жизни с целью профилактики различных девиаций, в то время как взрослые люди охотно читают литературу и слушают лекции о здоровье и рациональном поведении для его сохранения, доброжелательно воспринимают сведения, касающиеся вопросов гигиены и правильного питания. И, наоборот, у тех, кто более пассивен и ведет малоподвижный образ жизни, значительно раньше других наступает постепенное разрушение организма и истощение физических и интеллектуальных сил.

Компоненты здорового образа жизни:

- о рациональное питание;
- о оптимальный двигательный режим;
- о рациональный режим жизни;
- о тренировка иммунитета и закаливание;
- о соблюдение правил личной гигиены;
- о соблюдение норм и правил психогигиены;
- о сексуальная культура, рациональное планирование семьи;
- о профилактика аутоагрессии;
- о контроль за состоянием собственного здоровья.

С целью формирования здорового образа жизни применяются различные социальные технологии, направленные на работу как с различными категориями клиентов, так и с сотрудниками социозащитных учреждений. В работе с коллективом специалистов также необходимо использовать весь широкий спектр мер по профилактике инфекционных заболеваний, стрессовых и конфликтных ситуаций, гиподинамии, разрушительного воздействия шума, вибрации, агрессивной среды и других неблагоприятных биологических и социальных факторов. К таким мерам относятся закаливание, аутотренинг, оздоровительное плавание, биоинформационная коррекция (БОС-тренинг), проведение оздоровительных физиотерапевтических процедур, фитотерапия, кислородный коктейль, занятия на тренажерах, элементы лечебной физической культуры и массажа, акупунктуры, дыхательной гимнастики, применение которых стимулирует резервы адаптации человека, способствует оптимальному регулированию личных ресурсов здоровья.

Например, сущность социальной технологии «Активное долголетие» заключается в моделировании и оптимизации стиля жизни человека в зависимости от тех целей, которые он пытается решить. Особое значение этот метод приобретает в связи с ростом цен на диагностику и лечение болезней во всем мире. Поэтому возможность оценить состояние человека и способствовать улучшению физической и умственной работоспособности с помощью имеющихся у него внутренних резервов, изменив только стиль его жизни, является актуальной и востребованной.

В системе мер социальной защиты населения все большее значение приобретают ее активные формы, более эффективной из которых является реабилитация и социальная адаптация средствами физической культуры и

спорта. Научно обосновано и доказано, что физическая реабилитация не только составная часть социально-бытовой, профессиональной, социально-культурной, медицинской, психологической реабилитации, но и лежит в ее основе.

Интересное направление по пропаганде активного отдыха и туризма среди пенсионеров и инвалидов предлагается во многих центрах социального обслуживания Москвы, поскольку туризм является уникальным средством рекреации и реабилитации всех категорий клиентов социозащитных учреждений.

Одной из популярных социальных технологий признана адаптивная физическая культура, причем можно выделить несколько ее различных видов:

- о адаптивное физическое воспитание с целью дать базовые основы физкультурного образования;
- о адаптивная двигательная рекреация, предназначенная для организации здорового досуга, активного отдыха, игр, общения;
- о адаптивный спорт, направленный на совершенствование и реализацию физических, психических, эмоционально-волевых способностей;
- о адаптивная двигательная реабилитация, направленная на использование естественных средств и методов, стимулирующих скорейшее восстановление организма.

Основная задача — сформировать у занимающихся осознанное отношение к своим силам, твердую уверенность в них, осознанное отношение к выполнению необходимых физических нагрузок, а также потребности в систематических занятиях физическими упражнениями и формированию здорового образа жизни.

Кроме того, в системе социальной защиты населения применяются технологии, направленные на повышение уровня безопасности повседневной жизни лиц пожилого возраста, инвалидов и других слаботзащищенных слоев населения и включает в себя основные вопросы, связанные с жизнедеятельностью маломобильных групп населения в современном обществе. Занятия с клиентами носят практико-ориентированный характер и направлены:

- о на изучение и освоение основ здорового образа жизни, обеспечивающего полноценное безопасное существование и реализацию способностей и запросов личности в повседневной жизни;
- о ознакомление с видами опасностей, угрожающих человеку в современной повседневной жизни, действиями в опасных и чрезвычайных ситуациях природного, социального и техногенного характера; изучение и освоение методов и приемов защиты, позволяющих минимизировать возможный ущерб личности и обществу в опасных и чрезвычайных ситуациях, снизить индивидуальные риски;
- о развитие способностей анализировать ситуации и принимать безопасные решения в быту;

- о формирование представления об экологических, социокультурных, экономических особенностях современного общества как среды непосредственной жизнедеятельности и сопричастности к ней в процессе самоутверждения и самореализации;

- о формирование способности выбора морально-психологических установок в условиях опасных и чрезвычайных ситуаций;

- о формирование уважительного, ответственного отношения к собственной безопасности и безопасности окружающих людей, навыков взаимодействия, сотрудничества, необходимых для разрешения и предупреждения опасных и чрезвычайных ситуаций, осознание приоритетности безопасности во всех сферах жизнедеятельности человека.

«Тренинг когнитивных функций»

Социально-реабилитационная технология «Тренинг когнитивных функций» разработана для лиц зрелого и пожилого возраста (55-95 лет). В этом возрастном периоде выделяют две группы — люди от 60 до 70-75 и от 75 и старше. Цели работы:

- о создание условий для продуктивного активного долголетия клиентов ЦСО;

- о улучшение качества жизни пожилого человека;

- о социально-психологическая реабилитация клиентов ЦСО. Одним из направлений программы реабилитационных технологий «Академия психологического здоровья» являются тренинги когнитивных функций, групповые занятия, направленные на поддержание функций памяти, внимания, мышления; развитие наглядно-образного мышления. Использование данной социальной технологии позволяет положительно воздействовать на поддержание функций памяти, внимания и мыслительных процессов клиентов социальных служб зрелого и пожилого возраста и инвалидов.

«Эмоционально-двигательная терапия»

В основе технологии «Эмоционально-двигательная терапия» используется классическая танцевальная терапия, адаптированная для людей пожилого возраста и инвалидов. Цель танцевальной терапии — развитие осознания собственного тела, создания позитивного образа тела, развитие навыков общения, исследование чувств и приобретение группового опыта. Данная технология разработана для лиц зрелого и пожилого возраста (55-95 лет) и инвалидов. В этом возрастном периоде выделяют две группы — люди от 60 до 70_75 и от 75 и старше.

Цели работы:

- о создание условий для продуктивного активного долголетия клиентов ЦСО;

- о улучшение качества жизни пожилого человека;

- о социально-психологическая реабилитация клиентов.

Основной задачей групп танцевальной терапии является осуществление спонтанного движения. Танцевальная терапия побуждает к свободе и выразительности движения, развивает подвижность и укрепляет силы как на физическом, так и на психическом уровне. Тело и разум рассматриваются в ней как единое целое.

Главная установка формулируется следующим образом: движения отражают черты личности. При любых эмоциональных сдвигах меняется самочувствие, как душевное, так и физическое, и соответственно меняется характер наших движений.

Танцевальная терапия применяется при работе с людьми, имеющими эмоциональные расстройства, нарушения общения, межличностного взаимодействия.

В начале первого занятия психолог наблюдает за участниками, оценивает сильные стороны и изъяны двигательного репертуара каждого, затем определяется, какие движения подойдут каждому клиенту лучше всего.

Специальные упражнения танцевальной терапии представляют собой свободное раскачивание, движения, требующие собранности и контроля над телом, чередование расслабления и собранности, связанные с дыхательным циклом.

На первом этапе, занимающем несколько минут, занятия танцевальной терапией обычно используются для разминки, помогающей каждому участнику подготовить свое тело к работе подобно тому, как перед выступлением музыкант настраивает свой инструмент. Разминочные упражнения имеют физический (разогрев), психический (идентификация с чувствами) и социальный (установление контактов) аспекты.

Одним из вариантов начала занятий предусматривается выполнение спонтанных движений свободной формы под поурри из разных мелодий. Можно использовать упражнения, включающие встряхивание, растяжки, раскачивание, хлопки, потряхивания, которые начиная с кистей рук распространяются на локтевые суставы, плечи, грудную клетку. Эти упражнения повторяются до тех пор, пока вся группа не разогреется. Как правило, разминка проводится сидя на удобных стульях (10 мин.) и стоя (7 мин.).

На втором этапе происходит разработка общегрупповой темы. Например, разрабатывается тема «встреч и расставаний». На уровне движений могут «встречаться» и «расставаться» отдельные части тела. Кисти рук и локти могут «встретиться», чтобы тут же «расстаться», или они могут «встретиться», «вступить в драку» или чтобы «обнять» друг друга. Взаимодействию между членами группы могут способствовать встречи ладоней одного с локтями другого и т. д. Могут быть заданы темы движения по мотивам русского танца, бального, ретро и т. д.

На заключительной стадии занятия тема разрабатывается с использованием всего предоставленного группе пространства, при этом меняется скорость движений и их последовательность.

На данном этапе применяется возможность помочь участникам группы в исследовании и расширении их двигательного репертуара.

Необходимо создать в группе обстановку спокойствия и доверия, позволяющую участникам исследовать себя и других, а также отражать и развивать спонтанные движения участников группы.

Танцевальная терапия эффективно используется для улучшения физического состояния, выхода эмоций, совершенствования навыков межличностного взаимодействия, для получения позитивных эмоций, расширения самосознания.

Реализуются такие технологии, как «Прогулки скандинавским шагом» и «Дорогами здоровья на велосипеде».

В основу технологии «Прогулки скандинавским шагом» легли популяризация и внедрение скандинавской ходьбы с лыжными палками, такой вид занятий может проходить на свежем воздухе, не требует специальной физической подготовки, благотворно влияет на состояние опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистой системы и легких, возможны групповые и индивидуальные занятия в любое время года.

«Дорогами здоровья на велосипеде» — это реабилитационная методика, для которой используется трехколесный взрослый велосипед. Человек, несмотря на инвалидность, уверенно держится в седле, тренирует все группы мышц, насыщает кровь кислородом, занимаясь индивидуально или в группе, он обретает уверенность в себе, повышает эмоциональный тонус.

Формированию установок на здоровый образ жизни способствуют занятия спортивными играми как в их классическом воплощении, так и по упрощенным правилам. Овладение элементами спортивных игр способствует развитию навыков движений, психологическое их воздействие облегчает компенсацию физических, психических и социальных изменений личности, нормализуя социальную значимость, повышая психологическую устойчивость в условиях ограниченного времени — это замечательное средство расширения коммуникативного пространства и повышения двигательной активности человека. Причем даже пассивное участие в спортивно-оздоровительных мероприятиях способствует активному проведению досуга, отвлекает от проблем, ухода в болезнь, ведет к оздоровлению, способствует нормализации психоэмоционального состояния.

Суммируя данные об эффективности перехода к здоровому образу жизни, можно считать, что он:

- о положительно и результативно снижает или устраняет воздействие факторов риска, заболеваемость и как результат — уменьшает затраты на лечение;
- о способствует тому, что жизнь человека становится более здоровой и долговечной;
- о обеспечивает хорошие взаимоотношения в семье, здоровье и счастье детей;

- о является основой реализации потребности человека в самоактуализации и самореализации, обеспечивает высокую социальную активность и социальный успех;
- о обуславливает высокую работоспособность организма, снижение усталости на работе, высокую производительность труда и на этой основе — высокий материальный достаток;
- о позволяет отказаться от вредных привычек, рационально организовать и распределять бюджет времени с обязательным использованием средств и методов активного отдыха;
- о обеспечивает жизнерадостность, хорошее настроение и оптимизм.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Семинарское занятие № 1

по теме 4 «Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума»

Вопросы для обсуждения:

1. Биологические факторы развития.
2. Социальные факторы развития.
3. Типичные кризисы развития.

Семинарское занятие № 2

по теме 5 «Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений»

Вопросы для обсуждения:

1. Виды семейного воспитания.
2. «Подводные камни» семейного воспитания.
3. Стереотипы семейного воспитания.

Семинарское занятие № 3

по теме 6 «Индивидуально-типологические аспекты психического и соматического здоровья. Гендер и здоровье»

Вопросы для обсуждения:

1. Особенности психического здоровья.
2. Особенности социального здоровья.
3. Влияние членов семьи на формирование образа жизни.

Семинарское занятие № 4

по теме 7 «Поведенческие факторы риска в возникновении хронических заболеваний»

Вопросы для обсуждения:

1. Факторы риска в быту.
2. Профессиональные факторы риска.
3. Профилактика эмоционального выгорания.

Семинарское занятие № 5

по теме 9 «Личностные факторы здоровья человека»

Вопросы для обсуждения:

1. Особенности темперамента в формировании образа жизни.
2. Черты характера, формирующие образ жизни.
3. Здоровье как личностная ценность человека.

Семинарское занятие № 6

по теме 11 «Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни»

Вопросы для обсуждения:

1. Методы аргументации в дискуссии.
2. Принципы формирования образа жизни.
3. Приемы убеждения собеседника.

Семинарское занятие № 7

по теме «Контроль результатов учебной деятельности по разделам
«Общие вопросы психологии здорового образа жизни»,
«Психологические механизмы формирования компонентов здорового образа
жизни»

Примерная тематика рефератов

1. История изучения проблемы психологии здорового образа жизни.
2. Предмет и задачи психологии здорового образа жизни.
3. Факторы, обуславливающие здорового образа жизни человека.
4. Свойства личности, влияющие на образ жизни.
5. Физическое здоровье и его проявления.
6. Адаптационные резервы организма.
7. Личностные факторы, обуславливающие здоровье человека.
8. Здоровье как системное понятие.
9. Социальное здоровье.
10. Отношение к здоровью в разные возрастные периоды.
11. Основы сексуального здоровья.
12. Перинатальная психология.
13. Психическое здоровье студентов.
14. Психология профессионального здоровья.
15. Экстремальные условия профессиональной деятельности.

Задания управляемой самостоятельной работы № 1

по теме 2 «Психологические факторы и критерии психологического и социального здоровья».

- Составить типичное расписание дня человека, реализующего ЗОЖ

Задания управляемой самостоятельной работы № 2

теме 4 «Влияние биопсихосоциальных факторов на процесс развития ребенка. Критические периоды психофизиологического развития индивидуума».

- Провести анализ собственных знаний по здоровому образу жизни и упорядочить их по источнику информации:
 1. Бытовой.
 2. Житейский.
 3. Мыслительный.
 4. Научный.
 5. Мифологический;
 6. Мистический.

Задания управляемой самостоятельной работы № 3

теме 5 «Роль семьи в воспитании ребенка и предупреждении психических и соматических нарушений».

- Составить программу однодневного образовательного семинара для родителей, посвященного организации здорового образа жизни:
 - тема;
 - перечень мероприятий;
 - ожидаемый результат.

Задания управляемой самостоятельной работы № 4

теме 11 «Психологические принципы и методы формирования здорового образа жизни».

- Разработать план дискуссии по актуальной проблеме здорового образа жизни

Введение (краткая информация с описанием проблемы)

Вопрос 1: ...

Позиция участника А ... Позиция участника Б ...

Вопрос 2: ...

Позиция участника А ... Позиция участника Б ...

Вопрос 3: ...

Позиция участника А ... Позиция участника Б ...

РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

Вопросы к зачету

1. Психология здорового образа жизни как научное и практическое направление.
2. История становления и развития психологии здорового образа жизни.
3. Объект, предмет и задачи психологии здорового образа жизни.
4. Факторы, влияющие на психологию здорового образа жизни.
5. Факторы социальной среды.
6. Критерии психического и социального здоровья.
7. Семья как среда формирования здорового образа жизни.
8. Система здравоохранения как институт социального контроля.
9. Душевное здоровье и культура.
10. Связь между психикой и телом.
11. Проблема факторов риска в возникновении психических и поведенческих расстройств в различных возрастах.
12. Перинатальное развитие организма. Матрицы С.Грофа.
13. Психологические факторы развития организма в разных возрастах.
14. Влияние биологических и социальных факторов на формирование психики в разные периоды жизни.
15. Профилактика психических нарушений в семейном воспитании.
16. Сопротивление к ведению здорового образа жизни.
17. Психологические принципы формирования положительного отношения к ЗОЖ.
18. Психологические особенности пропаганды здорового образа жизни.
19. Особенности обучения человека основам здорового образа жизни.
20. Источники информации о здоровом образе жизни.
21. Концептуальная модель человека как основа психологии здорового образа жизни.
22. Особенности организации дискуссий о здоровом образе жизни.
23. Проблема и профилактика эмоционального выгорания.
24. Комплексность в осуществлении психогигиенических мероприятий.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Основная литература

1. Белов, В. И. Психология здоровья / В. И. Белов. – СПб. : РЕСПЕКС, 1997. – 288 с.
2. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2011. – 949 с.
3. Родионов, А. В. Психология физического воспитания и спорта : учеб. студентов вуза физкультур. профиля / А. В. Родионов. – М. : Академический Проект, 2004. – 576 с.

Дополнительная литература

1. Ананьев, В. А. Психология здоровья / В. А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
2. Гогунев, Е. Н. Психология физического воспитания и спорта : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / Е. Н. Гогунев, Б. И. Мартыанов. – 2-е изд., дораб. – М. : Академия, 2004. – 224 с.
3. Гринберг, Д. С. Управление стрессом / Д. С. Гринберг. – СПб. : Питер, 2004. — 496 с.
4. Кодекс Республики Беларусь об образовании : с изм. и доп. по сост. на 12 марта 2012 г. – Минск : НЦПИ РБ, 2012. – 400 с.
5. О физической культуре и спорте [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь от 4 янв. 2014 г., № 125-З : принят Палатой представителей 5 дек. 2013 г. : одобр. Советом Респ. 19 дек. 2013 г. : в ред. от 9 янв. 2018 г. : с изм. и доп. от 9 янв. 2018 г., № 92-З ; вступающий в силу с 19.07.2018 г. : принят Палатой представителей 7 дек. 2017 г. : одобр. Советом Респ. от 19 дек. 2017 г. // КонсультантПлюс. Беларусь / ООО «ЮрСпектр», Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2018.
6. Психология здоровья : учеб. для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2006. – 607 с.
7. Уэйнберг, Р. С. Основы психологии спорта и физической культуры / Р. С. Уэйнберг, Д. Гоулд. – Киев : Олимпийская литература, 1998. – 335 с.