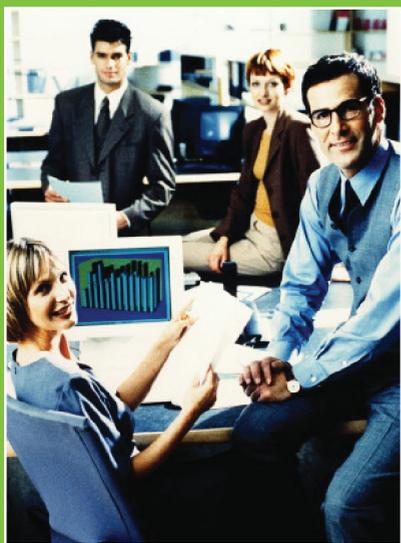


Министерство образования и науки
Российской Федерации
Тольяттинский государственный университет
Гуманитарно-педагогический институт
Кафедра «Теоретическая и прикладная психология»



ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

Электронное учебное пособие



© ФГБОУ ВО «Тольяттинский
государственный университет», 2017

ISBN 978-5-8259-1198-4

УДК 159.9

ББК 88.7

Рецензенты:

д-р психол. наук, профессор кафедры «Психология управления» Тольяттинского филиала Самарской гуманитарной академии *С.В. Быков*;
канд. психол. наук, доцент кафедры «Теоретическая и прикладная психология» Тольяттинского государственного университета *В.В. Пантелеева*.

Авторы:

Е.А. Денисова, С.А. Кузьмичев, Т.В. Чапала, И.В. Малышева

Психология здоровья : электрон. учебное пособие / Е.А. Денисова [и др.]. – Тольятти : Изд-во ТГУ, 2017. – 1 оптический диск.

В учебном пособии представлено новое, интенсивно развивающееся направление психологии – «Психология здоровья». В основу положены современные научные подходы к определению здоровья человека, способов его сохранения и преумножения. Рассматриваются методы изучения здоровья, возрастные особенности его развития. Пособие разработано на основании федерального законодательства в сфере высшего образования, требований федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования по направлениям подготовки бакалавров и магистров, Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29.12.2012; и локальных нормативных актов университета.

Предназначено студентам направления подготовки бакалавров и магистров 37.04.01 «Психология», а также преподавателям для организации учебных занятий по дисциплине «Психология здоровья».

Текстовое электронное издание.

Рекомендовано к изданию научно-методическим советом Тольяттинского государственного университета.

Минимальные системные требования: IBM PC-совместимый компьютер; Windows XP/Vista/7/8; PIII 500 МГц или эквивалент; 128 Мб ОЗУ; SVGA; CD-ROM; Adobe Acrobat Reader.

Редактор *Г.В. Данилова*
Технический редактор *Н.П. Крюкова*
Компьютерная верстка: *Л.В. Сызганцева*
Художественное оформление,
компьютерное проектирование: *И.И. Шишкина*

Дата подписания к использованию 16.10.2017.
Объем издания 4,7 Мб.
Комплектация издания: компакт-диск, первичная упаковка.
Заказ № 1-73-16.

Издательство Тольяттинского государственного университета
445020, г. Тольятти, ул. Белорусская, 14,
тел. 8 (8482) 53-91-47, www.tltsu.ru

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	5
1. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ – НОВАЯ ОБЛАСТЬ ПСИХОЛОГИИ	8
1.1. Определение психологии здоровья	8
1.2. История становления и современное состояние психологии здоровья	12
1.3. Признаки, психологические факторы и критерии психического и социального здоровья	16
2. ВИДЫ ЗДОРОВЬЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ	24
2.1. Виды здоровья. Понятие здоровья и болезни: норма и патология	24
2.2. Физическое здоровье	32
2.3. Психическое здоровье	36
2.4. Социальное здоровье	41
2.5. Диагностические методы в психологии здоровья	45
3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	58
3.1. Влияние перинатального периода на здоровье человека ...	60
3.2. Здоровьесбережение в раннем детстве и дошкольном возрасте	66
3.3. Школьный возраст и здоровье учащихся	72
3.4. Жизненный период молодости и психическое здоровье студентов	81
3.5. Зрелый возраст и профессиональное здоровье	86
3.6. Закономерности старения и особенности долголетия	92
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	100
ГЛОССАРИЙ	103

ВВЕДЕНИЕ

Сравнительно молодое направление в психологии – «Психология здоровья», впервые появившееся в США в 80-е годы прошлого столетия, является еще одной дисциплиной, укрепляющей связь естественно-научного цикла дисциплин (нейроанатомии, нейрофизиологии, психофизиологии, нейрофармакологии, физиологической психологии, нейропсихологии) с современными психологическими направлениями. Благодаря этой связи углубляются и совершенствуются материалистические представления о природе психики, сознания и самосознания.

Психология здоровья – одно из направлений, непосредственно формирующее не только естественно-научное мировоззрение, но и вооружающее психологов современными научно-практическими достижениями (теориями, технологиями и др.) естественных и гуманитарных наук, которые существенно преобразуют работу психологов в области практической психологии.

Несомненно и обратное влияние – внедрение современного психологического опыта в здравоохранение, образование, профессиональную деятельность. Интенсивно развивающееся направление «Психология здоровья» в отечественной науке с позиции системно-деятельностного (А.Н. Леонтьев, П.К. Анохин и др.) и субъектно-деятельностного (С.Л. Рубинштейн и др.) подходов, оценивающих здоровье как системное явление, нацелено в первую очередь на «изначальное формирование здоровой психики и поддержку ее функционирования» (Г.С. Никифоров) и профилактику физического, психического и социального здоровья.

В широком понимании «Психология здоровья» – это система специфического образовательного, научного и профессионального опыта психологии как дисциплины по укреплению, сохранению и поддержанию здоровья, предотвращению и лечению болезней, «идентификации этимологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций», а также формированию системы здравоохранения и стратегии здоровья населения.

В узком понимании «Психология здоровья» – это совокупность базовых знаний по психологии, которые могут найти применение

в понимании развития и совершенствования здоровья, профилактике и лечении болезни.

Из множества задач, стоящих перед этой дисциплиной, в настоящем пособии обращено внимание на изучение факторов здорового образа жизни (формирование, сохранение и укрепление здоровья), методов диагностики, оценки и самооценки психического и социального здоровья, профилактику психосоматических заболеваний, разработку индивидуально ориентированных оздоровительных программ с учетом состояния здоровья, половых, возрастных и личностных особенностей человека, а в целом — на стремление к самосовершенствованию организменного, психологического и социального здоровья.

Учебное пособие разработано в соответствии с учебным планом магистерской программы «Психология здоровья». Основная цель пособия — формирование у студентов целостного представления о психологическом здоровье личности, компетенциях, определяющих успешную деятельность в этой области, и методах изучения психологического здоровья.

Частными задачами дисциплины являются:

- ознакомление студентов с теоретическими основами психологии здоровья;
- формирование представлений об основных диагностических методах его исследования;
- изучение студентами сфер применения теоретического и прикладного знания по дисциплине с учетом закономерностей и возрастных особенностей здоровья человека.

Курс «Психология здоровья 1» относится к блоку 1 «Обязательные дисциплины». Он базируется на ранее изученных дисциплинах: общей, возрастной, дифференциальной психологии, дисциплинах естественно-научного цикла (анатомия, физиология, психофизиология и др.), психодиагностике. К дисциплинам, формирующим умения и навыки, относим курс «Психология личностного и профессионального здоровья».

Пособие может представлять интерес для тех, кто в своей практике сталкивается с вопросами сохранения, поддержания и укрепления здоровья, оказания экстренной психологической помощи,

применения психологических техник, методов и практик, и содержит обзор современных исследований в этих сферах.

В разделе «Психология здоровья – новая область психологии» рассматриваются становление и современное состояние психологического здоровья, признаки, факторы и критерии психического и социального здоровья.

В разделе «Виды здоровья и диагностические методы его исследования» приведены основные определения физического, психического и социального здоровья, понятия нормы и патологии здоровья и болезни с позиции современных научных представлений.

В разделе «Возрастные особенности здоровья человека» раскрывается специфика возрастных особенностей психического здоровья человека, в том числе психического и профессионального здоровья на различных этапах деятельности. Этот раздел включает материал о недостаточно полно изученной роли и влиянии перинатального периода в становлении и развитии здоровья человека.

Д-р мед. наук, профессор В.Е. Якунин

1. ПСИХОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ – НОВАЯ ОБЛАСТЬ ПСИХОЛОГИИ

1.1. Определение психологии здоровья

Психология здоровья представляет собой новую область научного знания, научной психологии, изучающей здоровье человека как системное понятие. Психология здоровья – интенсивно развивающаяся область теоретизирования и эмпирических исследований. Согласно оценке Н. Адлер (Adler, 1994), каждая третья статья в основных англоязычных психологических журналах посвящена тем или иным проблемам психологии здоровья, причем более 80 % публикаций, по данным Дж. Стоуна (Stone, 1979), принадлежат тематике психического здоровья [25].

При определении психологии здоровья как науки возникает стремление опираться на теоретически строгое и методологически непротиворечивое определение здоровья, его видов и признаков. Сегодня существуют сотни определений здоровья, что само по себе в достаточной мере характеризует их практическую полезность. Вместе с тем болезнь и здоровье в общем понимании являются абстракциями высокого порядка, доступными лишь для философского анализа. Подобно этому, в рамках физической науки вряд ли может быть дано адекватное определение материи.

Уже на раннем этапе становления психологии здоровья как науки стало очевидным то, что медицинское определение здоровья как отсутствия (диагностируемой) болезни (негативное определение) не раскрывает всей полноты данного термина. Наиболее емким стало определение представителя концепции позитивного психического здоровья Мэри Ягоды, сформулированное в конце 1950-х годов. Определение дано в рамках взглядов сторонников психодинамической и гуманистической ориентации в психологии. Автором этой концепции Мэри Ягодой здоровье определялось по критериям позитивного восприятия себя, автономии, способности к саморазвитию и самоактуализации (Jahoda, 1958) [10].

Несмотря на широкое теоретическое принятие такого понимания позитивного психического здоровья, возникли трудности

с приложением в психологии здоровья такого определения вследствие его привязанности к системе ценностей и смыслов американского общества середины XX века.

Более популярным и распространенным стало функциональное определение здоровья, основанное на подходе Талькотта Парсонса (Parsons, 1958) [10], учитывающее основные положения эволюционной теории представлений о дисфункции. Под **здоровьем** здесь понимается способность индивида полноценно функционировать в основных социальных ролях. Данное определение получило свою популярность вследствие того, что здоровье рассматривалось как относительная категория, подразумевающая отсутствие «абсолютного» психического здоровья, что означает, что нет такого индивида, который мог бы сохранять абсолютное здоровье в любых социальных ролях или ситуациях. Кроме того, существует ограниченность социокультурными нормами того общества или группы, в рамках которых рассматривается здоровье. Понятие «нормы» и «здоровья» для одной культуры и общества может восприниматься как тяжелая патология в другой. Наконец, функциональное понимание здоровья не подразумевает полного отсутствия симптоматики психического или соматического расстройства, а только констатирует, что такая симптоматика, если она имеется, не вызывает социальной или поведенческой дисфункции.

В большинстве теоретических и эмпирических исследований оценка здоровья дается по следующим показателям: **медицинская** оценка состояния, выраженная в клиническом диагнозе – психиатрическом для нервно-психического или поведенческого расстройства, и соматическом – для физического заболевания; субъективная личностная репрезентация своего физического и психического состояния, интегрально выраженная в самооценке здоровья; **восприятие личностью адекватности своего функционирования в главных социальных ролях**, оцениваемое по уровню удовлетворенности и целостно проявляющееся в общей удовлетворенности жизнью (субъективном благополучии, счастье, позитивном аффекте); а также **адаптация индивида** к социальному окружению, включающая показатели самооценки и объективные оценки со стороны других людей, входящих в ближайшее социальное окружение индивида (Kasl, 1974) [10; 25; 32].

Современные определения здоровья часто эклектичны и иногда даже скорее остроумны, чем строги в научном отношении. В одном из таких определений психология здоровья рассматривается как наука о том, почему одни люди заболевают, а другие – нет, или как наука об искусстве медицины.

Монографические издания последних лет, вышедшие под заголовком «Психология здоровья», показывают большие различия в их тематике. Эти различия обусловлены рядом причин, таких как обширность данной отрасли психологии, смещение доминирующих интересов исследователей, а также существующая несогласованность позиций авторов относительно объема и содержания психологии здоровья. Поэтому наиболее адекватным современному состоянию психологии здоровья представляется определение ее как предметной области через перечень основных тем, составляющих предмет теоретизирования и эмпирических исследований.

Наряду с вышеуказанными определениями в одном из современных определений здоровья, зафиксированном в Уставе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье понимается как *«состояние полного физического, душевного и социального благополучия»*.

В.П. Казначеев (1975) определяет здоровье как *«процесс сохранения и развития биологических, психических, физиологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни»* [25].

В современных классификациях большинство авторов различают **физическое, психическое и социальное здоровье**. Что же подразумевается под каждым указанным видом? **Физическое здоровье** понимается как состояние функциональных возможностей органов и систем организма. **Социальное здоровье** рассматривается как система установок, ценностей и мотивов поведения. Под **психическим здоровьем** понимается состояние психической сферы человека, характеризующееся душевным комфортом, адекватной регуляцией поведения и обусловленное потребностями биологического и социального характера. Каждый из видов здоровья рассматривается в контексте основных концептуальных моделей здоровья: медицинской, биомедицинской, биосоциальной и ценностно-социальной.

Медицинская модель здоровья предполагает определение здоровья, содержащее лишь медицинские признаки и характеристики здоровья. Здоровьем считают отсутствие болезней, их симптомов.

В **биомедицинской модели** 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.

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

Ценностно-социальная модель здоровья определяет здоровье как ценность для человека, необходимую предпосылку 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.

Следует обратить внимание на весьма важный аспект: в большинстве определений понятия здоровья одни авторы трактуют его как состояние, другие как динамический процесс, а третьи вообще обходят этот вопрос стороной. Здоровье рассматривается как состояние в более ранних определениях этого понятия.

В последние десятилетия отечественные и зарубежные ученые все чаще склоняются к тому, что **здоровье есть динамический процесс**. В основе данной позиции лежит положение о том, что все психические явления процессуальны по своей сути. Нельзя не согласиться с тезисом, что нет психического вне процесса. По мнению И.М. Сеченова, психология должна вывести все стороны психической деятельности из понятия о процессе. Вместе с категорией «процесс», «процессуальность», необходимо раскрыть содержание категории состояния. Итак, категория состояния, как известно, была введена в психологию Н.Д. Левитовым («О психических состояниях человека», 1964). Ей, по мысли автора, предназначена роль «заполнения

разрыва» между психическими процессами и свойствами личности. Автор понимает под состоянием целостную характеристику психической деятельности за определенный период времени, в которой отражается все своеобразие протекания психических процессов. Вне психических процессов, правильно подчеркивает Левитов, нет и не может быть никаких психических состояний. В отличие от психических процессов состояния характеризуются большей целостностью и устойчивостью. Таким образом, названные категории взаимосвязаны и представляют собой определенную систему [29].

В последние годы выделилась группа авторов, которые не пытаются, интерпретируя феномен здоровья, абсолютизировать причастность к нему либо только категории состояния, либо процесса. Так поступает академик В.П. Казначеев, согласно которому здоровье индивида есть динамическое состояние, процесс сохранения и развития его биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни. Понимание здоровья как состояния, процесса и в определенной степени результата представляется нам наиболее полным и перспективным [25].

1.2. История становления и современное состояние психологии здоровья

На современном этапе происходит становление психологии здоровья как новой и самостоятельной области научного знания. Но вопросы здоровья, в том числе психического, интересовали российских мыслителей и ученых значительно раньше.

Впервые на государственное значение вопроса охраны здоровья и здорового образа жизни обратил внимание М.В. Ломоносов. Первые русские профессора (С.Г. Забелин, Н.М. Максимович-Амбодик, С. Ели, А.П. Протасов) заложили основы здорового образа жизни, закаливания, питания и гигиены детей. Мыслитель Н.И. Новиков в своей работе «О воспитании и наставлении детей для распространения общепользных знаний и всеобщего благополучия» (1788) поставил вопрос о гармоничном сочетании умственного и физического образования с учетом возрастных возможностей. А.Н. Радищев

в «Путешествии из Петербурга в Москву» обращает внимание на охрану здоровья подрастающего поколения. Он дает ценные советы по питанию детей, личной гигиене, физическому воспитанию, закаливанию и физическому труду [9].

На рубеже XIX–XX вв. выпускается много научно-популярной литературы, посвященной пропаганде здорового образа жизни, вопросам гармонии человека, установок и жизненных ценностей (Ш. Северин, 1901; Л.И. Ляховский, 1910; Л. Гданский, 1910; С. Ершов, 1911; Гоппе-Зейлер, 1905; П.И. Орлов, 1912; З. Бертух, 1912; П. Зиттлер, 1914; Т.С. Клеустон, 1910, и др.). Появляются работы, рассматривающие процесс формирования здорового образа жизни в контексте развитости сознания и воли (И.Т. Назаров, 1929; А.Е. Адрианова, 1941, и др.). Интересны идеи В. Соловьева о воспитании личности, о духовной адаптации в сфере человеческих отношений и сфере взаимоотношений с природой и космосом, принципы образования В.В. Розанова, а также идеи С.Н. Булгакова и Н.А. Бердяева [9; 29].

Так, С.Н. Булгаков в работе «Основные проблемы теории прогресса» критикует идею достижения материальных потребностей и выдвигает собственную теорию прогресса. Автор выделил тему гармонии развития человеческой личности, рассматривал пути развития общества и общественных ценностей, проблемы нравственной свободы и самоограничения личности. Тема гармоничного развития природы и общества волновала и Н.А. Бердяева. По его мнению, «гармония в природе и обществе – объективная закономерность движения и развития материи как всеобщей субстанции». Однако она постоянно нарушается. Автор говорил о том, что именно духовное развитие личности – воспитание чувства гармонии, соотношения нравственности и политики, национального и интернационального позволит сохранить гармонию на уровне общественного устройства [29].

Особая заслуга в становлении психологии здоровья как науки, а также привлечении внимания к ней широкой общественности принадлежит В.М. Бехтереву (1857–1927). Он автор огромного количества научных работ в области медицины, психиатрии и медицинской психологии. Еще в начале своей творческой и научной деятельности В.М. Бехтерев формулирует тему психического здоро-

вья. В своих работах ученый говорит о «цельном» познании человека. Личность Бехтерев определял как человека со своим индивидуальным психическим укладом в единстве умственных и душевных качеств, активным отношением к окружающим его внешним условиям, способным к управлению своим поведением и собственной деятельности. Направленность организует личность, управляет ее действиями, мыслями и поступками. В целом уже в начале XX века была отмечена возрастающая роль психологии в обеспечении физического здоровья [22].

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, чуть позже появилось профессиональное психосоматическое сообщество.

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 70-х гг. в Америке появляется научная отрасль, изучающая роль психологических факторов в этиологии болезней, получившая название поведенческой медицины. В 1978 году Американской психологической ассоциацией было открыто отделение психологии здоровья. Позже появляется и выходит в течение четырех лет журнал «Психология здоровья». В настоящее время психосоматическая и поведенческая медицина, а также психология здоровья рассматривают здоровье и болезнь как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов. За достаточно короткий период психология здоровья стала весьма популярной за рубежом, особенно в Америке. Если в 1975 году было внедрено 200 программ по охране психического здоровья, то к концу XX века их стало более 5000. 10–20 % всех современных психологов в Америке и Европе занимаются вопросами психологии здоровья [25].

В Советском Союзе прочные позиции на долгие годы завоевал гигиенический аспект здорового образа жизни. И лишь в конце

1980-х гг. меняются параметры исследований, касающихся здоровья и здорового образа жизни.

Проблемам сохранения психического здоровья учащихся, активизации защитных сил, повышению работоспособности и профилактике вредных привычек и другим вопросам посвящены работы советских и российских ученых: К.В. Динейки, Г.Г. Демиргогляна, В.Ф. Матвеева, А.А. Гройсана, В.Г. Запорожченко, Г.Г. Мусалова, В.П. Дядичкина, А.А. Козлова, В.Ф. Базарного, С.Б. Мельникова, Ю.Е. Дворянина и В.И. Аверкова. В ряде работ авторы обращают внимание на психофизическую защиту организма, саморегуляцию и раскрытие возможностей человека [9; 25].

В современной России происходит становление психологии здоровья. Тема профессионального и психического здоровья рассматривается профессором Г.С. Никифоровым. В 1991 году вышла коллективная монография сотрудников кафедры психологического обеспечения профессиональной деятельности при факультете психологии Санкт-Петербургского госуниверситета «Психологическое обеспечение профессиональной деятельности», в которой психологии здоровья была посвящена отдельная глава. В монографии рассматривались вопросы психогигиены профессиональной деятельности, профессионального долголетия и др. [28].

В 1999 году вышла в свет монография отечественного исследователя И.Н. Гурвича «Социальная психология здоровья», где систематизирован опыт зарубежных коллег, касающийся вопросов психологии здоровья, а также представлены и описаны результаты собственных исследований. Интересны исследования и наработки в области психологии здоровья профессора В.А. Ананьева, в том числе и его метод «потрясающей психотерапии» и анализ «структурного аттрактора болезни» [4].

В апреле 2000 года в Санкт-Петербурге прошла первая конференция, посвященная вопросам психического здоровья.

Активный интерес исследователей и общественности к вопросам психологии здоровья дает основания полагать, что в ближайшем будущем это направление теории и практики станет одним из самых перспективных и авангардных в российской психологической науке.

В настоящее время во многих странах, в частности в США, это направление является крайне востребованным. Психологии здоровья посвящены специальные журналы, выпускаются учебники и монографии. Так, в Великобритании принят документ «Здоровье нации», а в Европе программы, направленные на укрепление психического и физического здоровья, объединены в программу «Здоровье для всех». Появляются центры психического здоровья, группы оказания помощи и самопомощи в укреплении здоровья, центры здоровья и психологического консультирования, школы самосовершенствования [25].

1.3. Признаки, психологические факторы и критерии психического и социального здоровья

Выявление признаков, психологических факторов и критериев здоровья — один из важных, ключевых вопросов, задающих практическую востребованность психологии здоровья как нового научного направления. Современная медицина находит решение оценки выраженности здоровья на уровне организма, то есть физического здоровья. Что же касается психического и социального здоровья, то все предлагаемые решения и способы оценки не всегда отражают объективную картину. Это обусловлено прежде всего сложной организацией психического мира человека.

Анализ описанных критериев психического и социального здоровья подтверждает гипотезу о том, что каким-то одним критерием не исчерпать сути вопроса. Как указывалось ранее, решение может быть найдено при комплексном и системном подходе к оценке здоровья.

Рассмотрим ряд признаков здоровья, выделенных отечественными авторами:

- нормальное функционирование организма на всех уровнях его организации — клеточном, гистологическом, органном и др., нормальное течение физиологических и биохимических процессов, способствующих индивидуальному выживанию и воспроизводству;
- динамическое равновесие организма, его функций и факторов внешней среды или статическое равновесие (гомеостаз) организма и среды;

- способность к полноценному выполнению социальных функций, социальных ролей, участие в социальной и общественной деятельности группы, в которую включен индивид, и общества;
- способность человека приспосабливаться к постоянно меняющимся условиям существования в окружающей среде (адаптация). Здоровье отождествляют с понятием адаптация, так как, чтобы система могла сохраняться, она должна изменяться, приспосабливаться к переменам, происходящим в окружающей среде;
- отсутствие болезней, болезненных состояний и болезненных изменений;
- физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоничность физическая и духовная сил организма, способность к саморегуляции.

Данный перечень признаков представляет собой определенную целостную, на наш взгляд, систему, учитывающую виды и содержательные характеристики здоровья. Таким образом, здоровье подразумевает наличие всех названных или большинства признаков и вместе с тем определенную относительность проявления данных характеристик [4; 10].

В перечне названных признаков не учтена еще одна категория — соотношение субъективного и объективного. Как известно, в здоровом человеке между его двумя «Я» — субъективным и объективным — существует правильное, нормальное отношение, а в больном эта связь нарушена. Одним из определяющих критериев психического здоровья служит соотношение образов реального и идеального «Я» (представление о том, каким человек хотел бы быть). Наличие различий в этих системах дает импульс к развитию личности, однако существенные различия между реальным «Я» и идеальным — показатель психического нездоровья. Психически здоровый человек может испытывать чувство одиночества и заброшенности, но недолго. Эти чувства заставляют его искать новые возможности и способы взаимодействия с социумом, пересматривать свои жизненные установки, цели и жизненные стратегии. Он обладает достаточным запасом жизненных сил, позволяющих ему поддерживать духовную бодрость и придерживаться оптимистических идеалов, помогающих адаптироваться, адекватно оценивать себя, других и ситуацию, в которой он оказался.

Наряду с названными в зарубежной психологии к наиболее информативным показателям психического здоровья относят **чувство самоуважения и уровень тревожности человека**. Позитивно настроенные люди, которые имеют ясные цели в жизни и, соответственно, не склонны мучить себя вечными сомнениями, неуверенностью, дурными предчувствиями и пессимизмом, имеют хорошие перспективы на укрепление и поддержание собственного физического и психического здоровья. Иногда психическое здоровье связывают с **психическим равновесием**. Этот критерий также связан с гармоничностью организации психики и ее адаптивными возможностями. В общем смысле под гармонией понимается согласованность, стройность в сочетании чего-нибудь. Известный немецкий ученый и врач Р. Вирхов рассматривает эти два понятия как синонимы: мы можем вместо «гармония» сказать «равновесие», а вместо «дисгармония» — «нарушение равновесия». Здоровый человек — это человек гармоничный. Соответственно, аномалии в развитии личности наиболее ярко заявляют о себе в проявлениях ее дисгармонии, утрате равновесия с социальным окружением, т. е. в нарушении процессов социальной адаптации, сопряжения с социумом [6; 25].

Однако сама по себе уравновешенность, так же как и здоровье, — это динамический процесс, поступательное движение жизненно важных биологических и психических процессов. С одной стороны — это индивидуально-типологическая характеристика, связанная с темпераментальными особенностями человека. С другой стороны — это показатель внутреннего равновесия, целостности и личностного статуса человека. Часто у неуравновешенного, неустойчивого человека фактически нарушено равновесие. И наоборот, только у психически здорового, т. е. уравновешенного человека мы наблюдаем проявления относительного постоянства поведения и адекватности его внешним условиям.

Исследователи О.Н. Кузнецов и В.И. Лебедев, анализируя представления Ф.М. Достоевского о психическом здоровье и болезни человека, называют другие признаки, которые могут, на их взгляд, рассматриваться в качестве критериев психического здоровья. Это **способность адекватного восприятия окружающей среды и осознанного совершения поступков, целеустремленность, работоспособность,**

активность, полноценность семейной жизни. Именно названный комплекс характеристик и качеств, по мнению авторов, может характеризовать психически здорового человека [10].

Отечественные ученые Н.Д. Лакосина и Г.К. Ушаков выделяют следующий комплекс признаков психического и социального здоровья: упорядоченность психических явлений; зрелость чувств, соответствующую возрасту человека; гармонию между восприятием жизненных обстоятельств и отношением человека к этим обстоятельствам; адекватность реакций (как физических, так и психических) силе и частоте внешних раздражений; критическое восприятие и оценка обстоятельств жизни; способность самоуправления поведением в соответствии с нормами группы и социума; адекватность реакций на общественные обстоятельства (социальную среду); чувство ответственности за детей и близких членов семьи; чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных обстоятельствах; способность применять различные поведенческие стратегии в соответствии с жизненными обстоятельствами; самоутверждение в коллективе (обществе) без ущерба для остальных его членов; способность планировать и осуществлять свой жизненный путь [25].

Один из представителей гуманистического направления, американский психолог А. Маслоу полагает, что здоровый человек — это прежде всего **человек счастливый, живущий в гармонии с самим собой, не ощущающий внутреннего разлада, защищающийся, но не нападающий первым ни на кого** и пр. Им же сформулированы и основные потребности здорового человека, к которым Маслоу относит физиологические потребности; потребность в безопасности; потребность в привязанности и любви; потребность в уважении; потребность в самоактуализации, т. е. в выражении присущих личности способностей [9].

Еще один пример попытки очертить совокупность критериев психического и социального здоровья принадлежит американскому психологу А. Эллису. Он выделяет следующие признаки и характеристики: интерес к самому себе, интерес к другим и обществу; самоуправление (самоконтроль); высокую фрустрационную устойчивость; гибкость; принятие и устойчивость к неопределенности; ориентацию на творчество; научное мышление; принятие самого себя; риск; длительный гедонизм; нон-утопизм и др. [9].

Таким образом, многообразие критериев психического здоровья говорит о необходимости рассматривать здоровье как явление системное, как комплекс ценностных, когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик личности, способствующих поддержанию баланса физического и психического для полноценного функционирования и самореализации личности (авт.).

Психологические факторы здоровья

Современные исследователи психологии здоровья выделяют три основные группы психологических факторов, коррелирующих со здоровьем и болезнью: **группа независимых факторов, передающих и факторов-мотиваторов.**

Рассмотрим подробно каждую из групп факторов, раскроем их содержание.

К **независимым факторам** относятся: предрасполагающие (индивидуальные поведенческие и эмоциональные паттерны), когнитивные (представления о здоровье и болезни, воспринимаемый контроль за обстоятельствами жизни, самооценка здоровья), факторы социальной среды (социальная поддержка, профессиональное окружение), демографические переменные (пол, возраст, этническая и социальная группы).

Поведенческие паттерны относятся к группе предрасполагающих независимых факторов. В зарубежной медицинской психологии выделены два типа поведения – А и Б. Первый тип поведения демонстрируют люди, отличающиеся энергичностью, неутомимостью, нетерпением, честолюбием (амбициозностью), состязательностью и некоторой враждебностью. Они часто доминантны, самоуверенны, склонны к риску, быстро мыслят.

Второй тип поведения (Б) наблюдается у интровертированных, покорных, почтительных, добросовестных и чуть заторможенных людей. Различные поведенческие паттерны, по мнению исследователей, в определенной степени связаны с возникновением заболеваний. Так, лица группы А в большей степени подвержены заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Лица типа Б редко страдают сердечными недугами до 70 лет, но чаще (по сравнению с представителями типа А) подвержены онкологическим и желудочно-кишечным заболеваниям (М.А Chesney et al., 1981; Р. Heaven, 1989) [25].

Эмоциональные паттерны, относящиеся также к группе независимых факторов, изучаются в контексте трудностей, которые испытывает личность при выражении эмоционального опыта. «Алекситимия» как неспособность использовать язык для описания эмоционального опыта может быть связана со многими психосоматическими расстройствами и заболеваниями.

Когнитивные факторы — это представления о здоровье и болезни, о системах верований в лечение и профилактику, а также поддержание здорового образа жизни. Влияние когнитивных факторов исследуется в связи с подходами к самому здоровью, норме и патологии.

К факторам социальной среды относятся социальная поддержка, семья (фактор пола) и профессиональное окружение (этнические группы и социальные классы).

Передающие факторы представляют собой специфическое поведение, возникающее как реакция на стресс. К этой группе можно отнести совладающее поведение (копинг); употребление и злоупотребление веществами; виды поведения, способствующие здоровью — физическая активность, образ жизни, экологическая среда, самохранительное поведение, а также соблюдение правил по поддержанию здоровья.

Мотиваторы включают стрессоры (общий стресс) и существование в болезни как процессы адаптации к острым эпизодам болезни. Стресс как мотиватор может привести в действие многие другие факторы, активизируя механизмы копинга (совладания с проблемами разного уровня). Существование в болезни подразумевает процессы адаптации к эпизодам болезни, в том числе и к острым.

В целом, анализируя представленные системы **критериев и факторов психического и социального здоровья**, можно увидеть определенную повторяемость. Необходимо перечислить те из них, которые наиболее часто характеризуют психическое здоровье. Психически здоровый человек адекватно воспринимает себя, обладает адекватностью психического отражения и способностью концентрации внимания на предмете, удерживает информацию в памяти, способен к логической обработке информации, обладает критичностью мышления, креативностью (способностью к творчеству, умением пользоваться интеллектом) и дисциплиной ума.

В эмоциональной сфере личности необходимо выделить эмоциональную устойчивость (самообладание), зрелость чувств соответственно возрасту, совладание с негативными эмоциями, свободное, естественное проявление чувств и эмоций, способность радоваться жизни, сохранность привычного (оптимального) самочувствия.

Среди свойств и качеств личности наиболее ценными для сохранения психического здоровья являются оптимизм; уравновешенность; нравственность (честность, совесть и др.); адекватный уровень притязаний; чувство долга; уверенность в себе; необидчивость (умение освобождаться от затаенных обид); высокая работоспособность и активность; энергичность, независимость; непосредственность, естественность; чувство юмора; доброжелательность; самоуважение; адекватная самооценка; самоконтроль; воля; целеустремленность и осмысленность.

Среди признаков, характерных для **психического нездоровья**, неблагоприятия, руководствуясь приведенной выше логикой рассуждения, следует выделить следующие. В сфере психических процессов чаще упоминаются неадекватная самооценка (завышенная или заниженная); нелогичность; нарушения когнитивной активности; хаотичность, категоричность и некритичность мышления; высокая внушаемость.

В эмоциональной сфере психическое нездоровье может характеризоваться наличием аффективной тупости; беспричинной злости; враждебности; ослаблением высших и низших инстинктивных чувств; повышенной тревожностью.

Среди свойств и качеств личности можно отметить зависимость от вредных привычек; уход от ответственности за себя; утрату веры в себя, свои возможности; пассивность («духовное нездоровье»).

В целом нездоровая личность достаточно дезинтегрирована; пассивна, у нее отсутствуют интерес и любовь к близким, она обладает, как правило, неадекватной самооценкой, слабой волей и неадекватным (ослабленным или гипертрофированным) самоконтролем. Ее социальное неблагополучие проявляется в дезадаптивном поведении; конфликтности; враждебности; эгоцентризме и др.

Вопросы к разделу

1. Что изучает психология здоровья?
2. Как понимается здоровье в рамках различных моделей (медицинской, биосоциальной, ценностно-социальной)?
3. Дайте определение психического здоровья в рамках современных концепций.
4. В работах каких российских ученых XVIII–XX вв. рассматривались вопросы здоровья?
5. Назовите основоположника психологии здоровья в России.
6. Назовите признаки и критерии психического и социального здоровья и нездоровья.
7. Что такое «психологические факторы здоровья»?
8. Какие группы психологических факторов показывают самые высокие корреляции со здоровьем и болезнью?
9. Назовите и охарактеризуйте психологические факторы, относящиеся к группе независимых.
10. Что такое «алекситимия»?
11. Охарактеризуйте типы поведения А и Б. Предрасположенность к каким заболеваниям наблюдается у представителей каждого из типов?

2. ВИДЫ ЗДОРОВЬЯ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Виды здоровья. Понятие здоровья и болезни: норма и патология

В связи с бурным развитием наук о человеке в последние 100–150 лет проблема его многогранной природы становится все более актуальной. К числу наиболее важных аспектов в этом отношении относят его физическое, психическое и социальное содержание. Определенные три составляющие представляют единый комплекс, лежащий в основе индивидуально-личностной природы человека.

В условиях аналитического подхода к исследованию феномена человека принято выделять и рассматривать отдельные составляющие его природы относительно самостоятельно. Тому способствует появление и развитие узких научных направлений как академического, так и прикладного характера. В этом случае физическая, психическая и социальная компоненты наполняются сложным и глубоким содержанием. Закономерно возникает вопрос о норме и патологии в природе человека, другими словами о здоровье и болезни. В отдельных случаях крайне актуальным становится трактовка условно промежуточного состояния, когда в полной мере нельзя говорить о человеке как о здоровом или больном. При этом разработка и применение критериев для оценки этих трех состояний выступает крайне актуальной задачей.

С учетом сказанного выше, в психологии широко применяется подход, когда здоровье трактуется с позиций физической, психической и социальной природы. В этом случае принято говорить, соответственно, о физическом, психическом и социальном здоровье. Взгляды на природу и содержание здоровья в такой трактовке у различных авторов, специалистов и научных школ могут сильно отличаться. Данное обстоятельство объясняется многогранной природой человека, различными акцентами в представлениях на ведущие механизмы в осуществлении его физических и психосоциальных аспектов деятельности и до сих пор существующей проблемой точного определения здоровья или болезни. Озвученное в полной мере объясняет и многообразие методов и подходов в диагностике

и мониторинге состояния человека с учетом его социальной, психической или физической природы.

Установление критериев оценки и самооценки физического, психического и социального здоровья выступает важной методологической основой психологии здоровья. Согласно принципу иерархичности, человек изучается как сложная живая система, все уровни функционирования которой тесно взаимосвязаны и обеспечивают жизнедеятельность организма человека. Основной «фронт» работы психолога в психологии здоровья связан с психически здоровыми людьми, стремящимися к самосовершенствованию, личностному развитию, гармонии в жизни, общему балансу тела и души. За последние десятилетия в медицине наряду с устоявшимся патоцентрическим подходом, приоритетом которого является борьба с болезнью, утвердился и саноцентрический подход, в котором ярко выражена направленность на здоровье и его обеспечение. Таким образом, современные медицинские концепции интегрируются с психологией и определение здоровья дополняется способностью к адаптации, способностью сопротивляться и приспосабливаться, способностью к саморазвитию и самосохранению (В.А. Лишук, 1994). Биологический уровень здоровья понимается как непрерывный баланс работы всех внутренних органов и способность их соответствующего реагирования на факторы окружающей среды. Как правило, серьезные нарушения органики изменяют и психический статус человека, за этим безусловно следуют изменения личности и социального поведения. Чем тяжелее заболевание организма, тем сильнее оно влияет на состояние психического и социального здоровья (Г.С. Никифоров, Л.И. Августова). Важно отметить, что все психологические диагностические исследования проводятся при необходимом условии сравнения исследуемых свойств с критериями «нормы» и «здоровья» [21].

Степень физического здоровья человека определяется в медицине и психологии в основном с помощью методов, позволяющих достоверно установить уровень функционирования и состояние организма. Для этой цели служат различные диагностические методы – осмотры, лабораторные исследования от самых простых (измерение температуры тела, артериального давления и т. п.) до вы-

сокотехнологичных (сканирование, ПЭТ и т. п.). Экспресс-методы определения физического здоровья выявляют меру благополучия в функционировании организма, к ним относятся следующие методы: гемодинамическая диагностика; миокинетическая диагностика; опросник В.М. Русалова по определению формально-динамических свойств индивидуальности (ОФДСИ); опросник качества жизни; тесты оценки образа жизни; методы диагностики двигательной активности, состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем, оценка физических качеств и т. п. [29].

В психологии здоровья наряду с термином «психическое здоровье» рассматривается и понятие «психологическое здоровье». Рассмотрим эти понятия и критерии оценки.

Психическое здоровье – это стабильное адекватное функционирование всех основных психических функций человека, составляющих психику человека, и возможность адаптироваться к окружающей среде.

Степень психического состояния здоровья человека оценить сложнее, чем степень физического здоровья. Центральным понятием в психологии здоровья при оценке психического здоровья является понятие о норме психического развития, опирающееся на соответствие психологического и биологического возраста человека. Критерии психического, психологического и социального благополучия человека должны определяться специалистом с учетом жизненного пути клиента и его индивидуального представления о здоровье в данный конкретный период его жизни. Это сложный диагностический процесс, требующий большого профессионального опыта. В практике психологии здоровья психологам с целью определения психического здоровья можно рекомендовать применять подходы из клинической психологии и за образец оценки принимать критерии нормы и нормативов.

Обычно у большинства людей представления о норме равны здоровью и категория нормы используется в качестве базового критерия для сравнения актуального (текущего) и обычного (постоянного) состояния людей. Все отклонения от нормы в основном рассматриваются как болезнь. Понятие **болезнь** обычно используется для подробной характеристики состояний, которые воспринимают-

ся как «ненормальные», «такими, как обычно не бывает», и поэтому требуют дополнительного объяснения. Однако необходимо отметить, что содержательное, а не интуитивное определение клинической нормы (болезни) как теоретического конструкта — это большая методологическая проблема, требующая особого внимания.

Термин **норма** имеет два основных содержания.

Первое — **статистическая норма** — это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который свойственен большинству людей, т. е. доказательно чаще встречающийся. Определяется статистическая норма вычислением среднеарифметических значений каких-либо эмпирических данных (исследуемых свойств, явлений и т. п.). Например, большинство людей не боятся пользоваться кабиной лифта и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов — это статистически нормально.

Второе — оценочное содержание нормы: нормой считается идеальный образец состояния человека. Образец всегда имеет философское и мировоззренческое обоснование и рассматривается как состояние совершенства, к которому должны стремиться люди (например, идеи здорового образа жизни и т. п.). Поэтому норма рассматривается в качестве **идеальной нормы**, то есть субъективно-произвольно устанавливаемого **норматива**. Выбранный норматив принимается за образец по соглашению лиц, обладающих таким правом (например, эксперты, врачи, представители власти и т. д.). В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования (например, курение убивает). Итак, в понятие нормы может быть включен оценочный компонент, согласно которому человек должен быть только таким, а не иным, все, что не соответствует идеалу, считается ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора **нормативной группы** — людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве своеобразного стандарта, по которому и измеряется вся

эффективность уровня функционирования организма и личности. Устанавливаются различные границы нормы в зависимости от нормативной группы, состав группы формируют специалисты, эксперты и т. п.

Все нормы-нормативы входят в состав идеальной нормы, а также в нормы функциональные, социальные и индивидуальные.

Норма функциональная – это оценка состояния человека с точки зрения возможности достижения определенной цели (возможно ли реализовать поставленную цель или задачу, например: в балетную студию принимаются дети 5 лет с соответствующей конституцией тела), либо с точки зрения возможных последствий (например, вредно – полезно).

Норма социальная – это контроль поведения человека окружением. Побудить человека соответствовать установленному властью образцу (например: принят закон о запрете курения в общественных местах, и строго регламентированы места для курильщиков).

Норма индивидуальная – предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Норма индивидуальная – это идеальная, с точки зрения индивида, возможность для его самореализации. При оценке соответствия индивидуальной норме учитывается только собственное мнение индивида, мнение окружающих его людей игнорируется.

Для диагностики психического здоровья применяются методы исследования медицинской и клинической психологии.

Психологическое здоровье – это непрерывное развитие личности как динамическое состояние внутреннего благополучия (согласованности) личности, составляющее ее суть, и актуализация индивидуальных, возрастных и психологических возможностей на всех этапах развития (В.Э. Пахальян, 2001) [24].

Критерии психологического здоровья предлагаем рассматривать по А. Эллису.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности в зависимости от цели психологи

применяют любые из вышеперечисленных критериев. В арсенале психологов большое разнообразие методов диагностики психологического здоровья и экспресс-опросников, например: самооценка физического, психического и социального здоровья – Г.С. Никифоров, Л.И. Августова и многие другие.

На социальном уровне человек рассматривается как общественная единица, исполняющая социальную функцию и реализующая социальную роль на благо общества. На этом уровне большое значение приобретает изучение социальных факторов, влияющих на здоровье человека. Социальное здоровье определяется количеством и качеством межличностных связей индивида и степенью его участия в жизни общества. Нарушения в сфере социального здоровья могут быть обусловлены доминированием определенных личностных свойств, например, конфликтностью, эгоцентризмом и т. д. (Г.С. Никифоров, Л.И. Августова) [25].

Критерии социального здоровья – это направленность личности на общественно полезную деятельность, восприятие социальной действительности через призму адекватности, искренний интерес к сообществу и окружающему миру, эффективное самоуправление и самосовершенствование с гармонично сочетающимся альтруизмом, эмпатией, ответственностью перед социумом.

Основное направление по развитию и сохранению социального здоровья принадлежит сфере формирования высоконравственного законопослушного поведения личности. Реализация данной линии воспитания является профилактикой разнообразных социальных патологий, к которым, безусловно, относятся различные виды преступности (клевета, воровство, убийства), расщепление психического и физического здоровья (алкоголизм, наркомания и т. п.). К методикам диагностики социального здоровья личности относятся, например, следующие: методика для оценки уровня развития адаптационных способностей личности (МЛЮ А.Г. Маклакова и С.В. Чермянина); шкала социально-психологической адаптированности К. Роджерса в адаптации А.К. Осницкого; опросник уровня самораскрытия (опросник С. Джуларда в модификации Н.В. Амяга) и т. п. [8].

Установление норм необходимо для объективной оценки физического, психического, психологического, социального статуса

личности, отклонение от установленной нормы может рассматриваться как патология.

Термин *патология* образован от греческого слова *patos* и переводится как страдание, употребляется преимущественно в медицине при описании состояний, связанных с нарушениями на биологическом уровне развития.

На различных уровнях рассматривается состояние патологии в медицине и психологии:

– в медицине под патологией понимается нарушение функционирования организма на биологическом уровне;

– в психологии термин «патология» рассматривается иначе, как различные отклонения от нормы, где может и не быть никаких биологических компонентов. При анализе состояния личности психолог акцентирует внимание на том, что нормальное состояние функционирования или развития личности всегда изменяется под воздействием морфофункциональных нарушений, т. е. нарушения происходят на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения.

При определении биологической нормы возможно установить объективные границы допустимых изменений структуры организма и его функционирования без угрозы для сохранения жизни. При оценке психической нормы таких четких объективных границ, как в биологической норме, установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный нормативный подход. Установление пределов, характеризующих психическую норму, ориентировано на теоретические представления о природе личности, тесно связанные с идеальными представлениями о человеке как социальной единице. Примером может служить классический психоанализ, где гомосексуальность рассматривается как патология, однако современные психологические теории гомосексуальность трактуют как понятие индивидуальной нормы [21].

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: негативный и позитивный.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология – болезни. Од-

нако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимоменяющихся состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек – это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек – это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от нормальных параметров психического функционирования (находятся в так называемом измененном состоянии сознания), однако они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

- 1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;
- 2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;
- 3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии **психического здоровья** по определению ВОЗ:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;
- 2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;
- 5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;
- 6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;
- 7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья.

2.2. Физическое здоровье

Физическое состояние — это обстоятельство, которое наиболее доступно в ощущениях человеку. Для осознания физического благополучия и даже определенной угрозы собственному здоровью, как правило, не требуется специальных знаний. Природа и эволюция наделили высших животных и человека механизмами дифференцированного восприятия и мониторинга собственного организма и его состояния через механизм ощущений. Последние формируются на фоне активности ряда физиологических механизмов, включая деятельность органов чувств. По сути, физическое благополучие или неблагополучие можно интерпретировать отчасти через «механистический» подход, когда организм рассматривается как сложная саморегулирующаяся физиолого-биохимическая система, для которой характерны множество диагностических параметров. Через регистрацию последних и их интерпретацию судят о здоровье или болезни в привязке к конкретным условиям, человеку или нормативным требованиям. С медицинской точки зрения данный подход себя фактически оправдывает на протяжении всей истории медицины.

К числу разнообразных определений физического здоровья в полной мере можно отнести следующее: «физическое здоровье — это состояние, характеризующееся оптимумом в энергозатратах при различных режимах функционирования и при условии сохранности морфофункциональной природы организма».

Материальной основой физического здоровья выступает биологическая программа жизненного цикла организма. Наследственность в значительной степени определяет возможности организма в противодействии деструктивным факторам в жизни человека.

В немалой степени наследственность определяет и формирование факторов физического здоровья. К ним относятся:

- степень физического развития;
- степень физической подготовленности;
- функциональная готовность к физическим нагрузкам;
- мобилизационная возможность адаптационных резервов организма.

Физическое здоровье и его факторы тесно связаны с жизнеспособностью организма.

Важной стороной физического здоровья выступает физическое развитие. Данное определение можно трактовать двояко. С одной стороны, физическое развитие — процесс, заявляющий себя на этапах детского, подросткового и юношеского онтогенеза и характеризующий общую ростовую динамику организма. С другой стороны, это позитивная динамика в развитии физических качеств, таких как сила, скорость, выносливость, ловкость, гибкость, которые до известной степени могут быть скорректированы почти в любом возрасте, исключая крайние случаи возрастной старческой дегенерации. Внешним проявлением физического развития выступает физическая подготовленность, столь необходимая для лиц, образ жизни и профессиональная специфика которых связаны с большими физическими нагрузками.

Адаптационные резервы в значительной степени определяют физические возможности организма. В общем случае адаптационные резервы классифицируют на морфологический (структурный) и функциональный компоненты.

Структурные резервы определяются преимущественно спецификой морфологии и анатомии систем, органов и компонентов тела.

Функциональные резервы определяются регуляторными механизмами нервного и гуморального характера и обеспечивают пластичность и подвижность адаптационного процесса. Их можно подразделить на три относительно самостоятельных вида: биохимические, физиологические и психические, интегрирующиеся в систему резервов адаптации организма.

Адаптационный процесс в полной мере себя реализует в случае возникновения очевидного приспособительного результата. Данное обстоятельство позволяет рассматривать адаптационный процесс с позиций теории функциональных систем. При этом «полезность» приспособительного результата является условной. Скажем, при повышении и усложнении общего уровня двигательной активности совершенствуется целый комплекс морфофункциональных систем, идет развитие физических качеств, повышается адаптационный потенциал. Но... все это протекает на фоне повышения энергозатрат, что в конкретных условиях может оказаться критичным и не способствовать позитивным перспективам. Напротив, при снижении двигательной активности адаптационный эффект обнаруживается в уменьшении энергозатрат, что в критической ситуации может способствовать выживанию. Физическая, в частности мышечная деградация, в этом случае выступает полезным приспособительным результатом, ибо способствует снижению энергозатрат. А как показывают многочисленные факты и специальные исследования, даже сильная мышечная дегенерация на фоне экономии энергозатрат напрямую не связана с риском для физического здоровья.

Тем не менее анализ и значение мышечной деятельности не могут быть сведены исключительно к оценкам с позиции энергозатрат.

Безусловно, работа мускулатуры опосредованно определяет динамические режимы активности практически всех систем организма, что позволяет развивать и задействовать их ресурсы. В этом смысле мускулатура обеспечивает не только двигательные функции. Кроме того, работа двигательного аппарата находится под произвольным контролем. Последнее обстоятельство связано с механизмами мышечной проприорецепции, ролью вторичной афферентации в рефлекторном осуществлении движений, осознанностью этих движений и в итоге формированием так называемой «схемы тела»

– субъективного отражения своего физического «Я». Осознанность движения открывает широкие возможности для развития не только собственно психомоторной сферы, но и высших психических функций, в частности волевой и когнитивной сферы.

С учетом вышеизложенного возникает вопрос о качественной и количественной оценке здоровья. Академик А.М. Амосов (к слову, последовательный сторонник здорового образа жизни и креативный разработчик собственных здоровьесберегающих систем) оперировал понятиями «уровень здоровья» и «количество здоровья». В первом случае подразумевалась интенсивность проявлений жизни в адекватных условиях среды. Во втором – коридор изменений параметров среды, за границами которого жизнь уже невозможна [25].

Границы и диапазон приспособительных реакций организма в условиях тестирования довольно часто выступают критериями оценки физического состояния и здоровья. Как правило, результаты тестирования представляют в балльной или процентной интерпретации, что позволяет осуществить не только качественный, но и количественный анализ.

Количественная оценка функциональных резервов организма осуществляется на фоне тестирующих нагрузок, а также при замере количества совершаемой работы в условиях нарушения гомеостаза.

В условиях полиграфической регистрации параметров функционирования организма возникает реальная возможность отследить потенциально слабое звено в регуляции функций и определить, которая из систем организма обладает наименьшими адаптационными возможностями. При необходимости физического совершенствования первоочередной задачей выступает повышение адаптационного потенциала ослабленной системы, поскольку в ином случае возможности физического развития крайне лимитированы.

В целом оценка функциональных резервов организма подразумевает применение интенсивных, кратковременных, строго дозированных умственных и физических нагрузок.

2.3. Психическое здоровье

Индивидуально-типологический подход в описании и анализе аспектов психического здоровья представляется наиболее продуктивным с точки зрения практического его применения в психолого-коррекционной работе. Кроме того, разработка его теоретических основ базируется на солидном фундаменте предшествующих исследований, гипотез и теорий за последние сто лет. Как и в случае с физическим здоровьем, проблема психического здоровья имеет заметно выраженный медицинский аспект.

Каждый человек характеризуется так называемыми индивидуальными особенностями, которые подразделяются на категории: врожденные и приобретенные. Врожденные жестко детерминированы наследственностью и определяют конституциональные признаки, к числу которых относят физические и психические. Наиболее устойчивые, нетрансформируемые психические качества могут быть представлены с двух сторон — как психологический тип личности и как акцентуация личности. Основу психологического типа формирует группа психических качеств, которые выражены в разной степени у различных людей.

Под акцентуацией понимают некую дисгармоничность развития характера. При этом проявляется гипертрофированность выражения отдельных его черт, что провоцирует повышенную уязвимость личности при определенных ситуациях. Акцентуация является дополнительной характеристикой по отношению к психологическому типу. В акцентуациях находят выражение крайние формы нормальных психических функций.

Учение о психологических типах разрабатывалось рядом ученых на протяжении длительного периода. В частности, К.Г. Юнг [10] предложил интегральную типологию с выделением экстравертов и интровертов. К доминирующим психическим функциям он отнес рациональность, иррациональность, мышление, чувство, интуицию и сенсорнику. Дальнейшее углубление представлений об интегральных психологических типах осуществил американский психолог Д. Кейрси [25], который выделил четыре психологических типа:

- 1) интуитивно-логический;
- 2) сенсорно-планирующий;

- 3) интуитивно-чувственный;
- 4) сенсорно-импульсивный.

Первые два типа могут быть охарактеризованы как разновидности мыслительного типа. Два других представляют разновидности художественного типа по И.П. Павлову [22]. Представители приведенных четырех психологических типов демонстрируют яркие особенности в своих жизненных установках, приоритетах, когнитивных механизмах, в реакциях на разнообразные события и пр. При обычных обстоятельствах типологические группы отличаются преимущественно своими мотивационно-ценностными установками. Это обнаруживается по результатам личностного опросника Д. Кейрси, содержащего перечень ценностных и мотивационных определений, которые при анкетировании следует распределить в соответствии с приоритетами.

Отличительные типологические особенности проявляют себя и в условиях стрессовых воздействий. Например, в условиях кратковременного стресса наиболее уязвимым выступает интуитивно-чувственный тип. В этом случае в острой форме возникает чувство тревоги, высокая реактивность функции сердца и сильный выброс гормонов надпочечников и щитовидной железы. Сенсорно-планирующий тип дает сходную реакцию, однако более продолжительную по времени, зачастую с переходом в застойный характер. Сенсорно-импульсивный тип реагирует кратковременно и относительно слабо.

В ситуациях на длительный стресс психологический тип может способствовать или препятствовать биологической и социальной адаптации. В частности, лучшая общая адаптация и наибольшие резервы организма характерны для сенсорно-планирующего типа. Второе и третье места в адаптационных возможностях занимают соответственно интуитивно-чувственный и сенсорно-импульсивный типы. Интуитивно-логический тип оказывается наименее приспособленным в условиях длительного стресса.

С учетом особенностей рассматриваемой типологии можно прогнозировать обстоятельства и ситуации, в которых представители этих типов будут иметь повышенные риски невротических и соматических расстройств.

Дисгармония личности, выступающая причиной различных психологических проблем и нарушений, актуальна для клинической психологии и пограничной психиатрии.

Понятие «акцентуированная личность» появилось относительно недавно, в середине шестидесятых годов двадцатого века. Авторство определения принадлежит немецкому психиатру К. Леонгарду. В своих представлениях об акцентуациях он отталкивался от взглядов П.Б. Ганнушкина о природе компенсированных психопатий. К. Леонгард описал четыре типа акцентуации характера (возбудимый, застревающий, педантичный, демонстративный) и шесть типов акцентуации темперамента (эмотивный, тревожный, аффективно-экзальтированный, аффективно-лабильный, дистимический и гипертимический). Впоследствии типология К. Леонгарда послужила основой для разработки ряда опросников в отечественной психологии [9].

В практике исследования давно обнаружена определенная связь между акцентуациями и психопатиями. В условиях психопатии можно говорить о тотальных личностных изменениях. Акцентуированная личность имеет частные изменения, не ведущие к принципиальным психическим деформациям.

По одной из классификаций акцентуации могут быть распределены в две группы. *Гипергическая* группа включает шизоидную, психастеническую, депрессивную и астеническую формы. *Гипергическая* группа представлена паранойяльной, взрывной, гипертимной, истероидной формами. При этом шизоидная и паранойяльная характеризуют преимущественно когнитивную сферу деятельности. Психастеническая и взрывная – волевую сферу. Депрессивная и гипертимная – аффективную, а астеническая и истероидная – сенсомоторную.

Перечисленные акцентуации могут быть описаны через специфический комплекс индивидуальных особенностей, которые приобретают ведущее значение в различных видах деятельности и личностных установках.

Шизоидная акцентуация. Поведение странное, чужаковатое. Мышление зачастую оригинально и нестандартно. Умозаключения и выводы содержат сильный элемент парадоксальности. В аффективной сфере обнаруживается недостаток эмпатии. Нередки оши-

бочные оценки эмоций окружающих. Чувствительны и ранимы. Бесцеремонное вторжение в их внутренний мир провоцирует стресс и иные психологические проблемы. Не переносят обширное и напряженное социальное и межличностное взаимодействие.

Паранойяльная акцентуация. Мышление фокусировано и ригидно. Генерирует сверхценные установки и формирует безальтернативный и фанатичный подход к обстоятельствам. Нередки подозрительность, недоверчивость, злопамятность. Присутствует избыточность фиксации на травмирующих событиях и объектах с идеей мести. Требование быстрой смены психического стереотипа и срочной адаптации в новых условиях ведет к фрустрации и стрессу. Интенсивная психотравма может повлечь параноидальные психопатические реакции.

Психастеническая акцентуация. Характеризуется недостаточностью волевых механизмов. Присущи нерешительность, избыточная рефлексия, необоснованное откладывание исполнения и отмена принятых решений. Факторы риска или угрозы обычно переоценены. Это влечет к избытку предусмотрительности и осторожности. Характерны бесконечные проверки и перепроверки результатов исполненных действий. Проблемой выступают избыточная ответственность и слабое противодействие манипуляциям и психологическому давлению. Приведенные особенности провоцируют стрессовые реакции, усугубляя неблагоприятную картину собственного позиционирования обстоятельствам внешнего мира.

Эксплозивная акцентуация. В поведении и отношениях ярко выражен агрессивный компонент. Имеет место волевой напор и сниженный самоконтроль в общении. Агрессия вербальная быстро переходит на физический уровень. Склонность к риску, как к необходимому компоненту в образе действий и жизни в целом. Мало присуще чувство раскаяния в случае собственных ошибок. Легко выходят за границы социальных норм. Непреодолимые препятствия в достижении цели ведут к стрессу. Интенсивная психотравма может спровоцировать эпилептоидные и садистические психопатии.

Депрессивная акцентуация. Очевидный недостаток положительных эмоций. Внешний облик характеризуется малоразговорчивостью, серьезностью и даже мрачностью. Слабое стремление

к социальной коммуникации при полном сохранении коммуникационного потенциала. Повышено чувство вины на фоне преувеличения значения собственных ошибок, что ведет к саморазрушающему и суицидальному поведению. При этом высокая степень готовности в оказании помощи окружающим, альтруизм. Вынужденная социальная активность усугубляет депрессию и ведет к развитию стресса. Серьезная психотравма может повлечь депрессивные и даже мазохистические невротизм и психопатию.

Гипертимная акцентуация. Характеризуется усиленной возбудимостью, импульсивностью, говорливостью. Настроение, как правило, приподнято. Повышена психомоторная активность, которая отличается неустойчивостью, ситуативностью и малопродуктивностью. На фоне отзывчивости в отношениях легкомысленны к обещаниям их исполнения. Предпочитают развлекательный образ жизни и действий. При необходимости подчинения и регламентации собственной деятельности вероятны стрессовые реакции. Расценивая ситуацию как ограничение прав и свободы, бурно протестуют, пререкаются и не подчиняются. Из конфликтов и фрустраций выходят без особых издержек. Характерна неспособность доводить дела до конца, несерьезное отношение к окружающим и обстоятельствам, неудовлетворенность социальным статусом.

Астеническая акцентуация. Характеризуется сниженной переносимостью физических и психических нагрузок и быстрой общей утомляемостью. Свойственна высокая чувствительность (и непереносимость) к сенсорным стимулам. Отмечается наличие застенчивости, избыточной впечатлительности, склонности к недомоганиям и спонтанным ухудшениям физического самочувствия. Тяготы и лишения повседневной жизни провоцируют стресс. Психические срывы могут возникать на фоне тяжелых физических и эмоциональных нагрузок. Основные проблемы акцентуации связаны с нехваткой резервов организма для реализации собственных потребностей.

Истероидная акцентуация. Характерно типичное проявление преувеличенной внешней экспрессии. Поведение демонстративно, аффективно, с элементами театральности. Имеет место диссоциация между истинной динамикой присущих чувств и их демонстративным, вычурным позиционированием. Ведущий мотив деятельности

– внешний эффект, а не конечный результат. Психологические проблемы часто связаны с завышенной самооценкой, эгоизмом и плохо осознаются. Конфликты и психологическое давление провоцируют стрессовые ситуации, что может привести к развитию психозов.

Вышеизложенные аспекты при рассмотрении проблемы психического здоровья позволяют сделать выводы о значимости учета индивидуально-типологических особенностей для широкого круга обстоятельств, имеющих отношение к области межличностных взаимодействий и в условиях психолого-коррекционной работы.

2.4. Социальное здоровье

Социальная природа человека уникальна тем, что в основе общественной динамики наряду с объективными процессами важнейшую роль играет фактор сознательной личности. Личное и общественное сознание при тесном взаимодействии друг с другом и объективными трендами социального развития формируют чрезвычайно сложную, изменчивую и неоднозначную картину, помноженную на этническую, культурную, географическую и прочую специфику. Описываемые обстоятельства дополнительно осложнены изначально присущим человеку и обществу противоречивым внутренним содержанием, примером чего может служить взаимоотношение рационального и иррационального в индивидуальном и общественном сознании.

Социальный организм с точки зрения особенностей общественных отношений также может быть рассмотрен с позиций здоровья или болезни. Тем более что даже вне научных определений бытуют и широко применяются такие формулировки, как «пороки общества» или «социальные болезни».

Гуманистическая мысль на всех этапах исторического развития делала неоднократные попытки смоделировать идеальное, считай «очень здоровое» общество, где уклад построен на рациональных началах и члены социума имеют все воображимые предпочтения. Однако прекрасные образцы таких утопий, скажем у Кампанеллы или Платона, характеризовались некой статичностью. Совершенству некуда развиваться. Это очень похоже на этап, за которым следует

неминуемый распад с безусловно болезненными и в конечном итоге катастрофическими последствиями. Эти последствия в соответствии с теорией пассионарности Л.Н. Гумилева представлены фазой гомеостаза в цикле общественного развития. При этом общественный уклад до предела упрощен, жизненная энергия социума сведена к минимуму, и остаточная материально-энергетическая составляющая в лучшем случае послужит гумусом в следующем цикле общественного развития. Объективный исторический процесс осуществляется в форме последовательного общественного прогресса. Однако цикличность этого процесса на каждом этапе позволяет говорить о так называемых болезнях роста, особенно в фазах подъема и спада. Надо полагать, что болезненные издержки общественного развития минимизированы в фазу максимального расцвета, так же как у человеческого организма во взрослом периоде репродуктивной активности [6].

В настоящее время, говоря о «социальном здоровье», нередко подразумевают следующие обстоятельства:

- социальную значимость тех или иных видов заболеваний, которые оказывают заметное негативное влияние на социально-экономическую картину в социуме;
- влияние общественных условий на причины возникновения, протекания и исход заболеваний;
- оценку динамических характеристик различных человеческих популяций с целью сбора информации для социальной статистики.

Очевидно, что для задач массового исследования больших групп населения и последующего анализа данных наиболее подходящими выступают методы вероятностной и популяционной статистики и математического моделирования. Данный подход позволяет планировать и осуществлять мероприятия, основной целью которых выступает благополучие популяции.

Категория «общественное здоровье» может быть описана в социуме через ряд и частоту негативных проявлений, к числу которых относят девиантные формы поведения, например:

- уровень криминализации общественной жизни;
- алкоголизм и наркомания;
- распространенность нетрадиционных форм сексуальной ориентации;

- самоубийства;
- коррупция во властных структурах;
- религиозный экстремизм;
- негативное отношение к нормам общественной морали и др.

При таком подходе «общественное здоровье» во многом происходит из физического и психического состояния членов социума. С другой стороны, неблагоприятная «больная» общественная среда провоцирует и усугубляет проблемы физического и психического здоровья.

История развития понимания сути общественного здоровья в XIX–XX вв. привела к возникновению и становлению науки «социальная гигиена», которая преимущественно опиралась на медико-биологические основания. Суть ее сводится к изучению причин возникновения и распространения негативных аспектов, сопровождающих человека в процессе его жизни, и разработке профилактических мер, лимитирующих данные обстоятельства. В зависимости от акцента исследования негативные аспекты могли быть представлены различными заболеваниями, преступностью, алкоголизмом, наркоманией, неврозами и стрессом вследствие деформирующих воздействий на личность со стороны нарушенных социальных связей и отношений. В рамках социальной гигиены можно выделить относительно узкие направления в виде социальной патологии и медицинской социологии, что отражает актуальность и социальный запрос в дальнейшем развитии санитарно-гигиенических аспектов общественной жизни [22].

Методологические подходы в изучении социального здоровья условно группируются по ряду оснований:

- с акцентом на структурных или динамических характеристиках исследуемой популяции или общности;
- с учетом характера и специфики первичной информации;
- по методу сбора первичной информации;
- с учетом специфики проведения анализа полученной информации (методы аналитические, описательные, многомерные статистические) [12].

Вопрос причины возникновения «социальных болезней» является одним из самых сложных в проблематике социального здоро-

вья. Причинно-следственные связи в социуме чрезвычайно сложны и многообразны, что затрудняет решение проблемы. Тем не менее существует как минимум два подхода в попытках решения проблемы причинности.

В первом случае речь идет о так называемых ретроспективных исследованиях, при которых сравниваются две статистически значимые социальные выборки, одна из которых является контрольной, а другая представлена лицами, перенесшими в прошлом травмирующее социально значимое событие. При достоверных отличиях по здоровью у этих групп можно говорить о реальном влиянии социальной травмы на здоровье.

Во втором случае проводят проспективные исследования. Это лонгитюдный вариант наблюдения, при котором оценка широкого спектра показателей и критериев здоровья анализируется на группе обследуемых в течение длительного времени посредством циклических замеров. Делается заключение о роли и вкладе отдельных социальных факторов или их групп на показатели здоровья [13].

Социальное здоровье рассматривают также с точки зрения принадлежности представителей к различным социальным группам и слоям. Сюда можно отнести социальные классы, территориальные общности, демографические группы, социальные организации, общности урбанистического и условно сельского типов, семью.

Отчасти принадлежность к определенному социальному слою определяется спецификой образования, уровнем материального благополучия и социально-профессиональной позицией.

Особую роль при изучении социального здоровья отводят гендерному фактору. Очевидно, что мужчины и женщины в массе своей характеризуются заметными различиями в реактивности на социальное давление. При этом женщины, как правило, демонстрируют более высокий уровень социальной адаптивности при меньших издержках. Объяснение феномена ищут в биологических и психических особенностях пола, что находит отражение в ряде гипотез.

Считается, что без учета пола и специфической принадлежности к определенной социальной группе возрастные изменения второй половины жизни оказывают усугубляющее влияние на здоровье. В этом смысле возраст — универсальный фактор биологической природы, влияние которого практически не поддается коррекции.

Социальная динамика как объективный феномен определяется множеством обстоятельств, которые изначально формируются на уровне непосредственного взаимодействия между людьми с учетом их индивидуально-личностной природы. В свою очередь, социум оказывает обратное воздействие на человека и свои более мелкие социальные агрегаты. Возникающая система двусторонних положительных и отрицательных обратных связей обеспечивает множественные динамические переходы, алгоритм которых определяет ведущий тренд социального развития.

Возникает вопрос о позитивных и негативных издержках в системе взаимодействия человек — общество, что напрямую связано с социальным здоровьем. Приоритетом в этом случае выступает анализ влияния общества на человека как фактора объективного в своей основе. Безусловно, последствия такого воздействия имеют неоднозначный характер, включая положительные и отрицательные стороны. Соотношение таковых не имеет стабильности и может широко варьировать, в том числе с учетом фазы развития общества. На этапе становления и развития социума очевиден тренд преимущественно позитивного влияния на социальное здоровье. Хотя в отношении некоторых и впервые возникающих социальных групп и агрегатов данное обстоятельство может быть не очевидным. В фазу расцвета общественных отношений последовательно обостряется противоречие между позитивным и негативным аспектами влияния на здоровье социума. Наконец, распад и разложение общества ведут к прогрессивному росту негативных влияний практически на все проявления здоровья.

2.5. Диагностические методы в психологии здоровья

Диагностические методы исследования описанных выше видов здоровья в психологии здоровья представлены преимущественно психологическими методами.

Психологические методы в арсенале психологов, специализирующихся в психологии здоровья, представлены в виде приемов и средств, при помощи которых проводятся исследования качеств, свойств личности, изучаются психические явления в развитии и изменении и т. п.

В психологии применяются различные методы, основные из них классифицируются на методы научного исследования и методы, применяемые в психологической практике.

Психологическими методами изучаются не только особенности человека, но и влияющие на него факторы и условия, изменяющие состояние различных видов здоровья. Многомерное изучение личности в психологии здоровья позволяет определить и усилить адаптационный потенциал личности, используя актуализацию его личностных ресурсов. Применение психологических методов в практике позволяет психологам получать разноплановую по структуре информацию о личности, поведенческих и межличностных характеристиках, накапливать большой эмпирический материал и использовать его в построении научных концепций и теорий, а также при разработке практических рекомендаций с целью сохранения разных видов здоровья.

Основными методами в психологии здоровья являются известные эмпирические методы психологии — **наблюдение, эксперимент и измерение**. Дополнительно также широко используются **библиографический метод, беседа (интервью), опрос и другие** [13].

Метод наблюдения — относится к эмпирическим методам исследований, связанных с идеографическим подходом к исследованию реальности, с тщательной фиксацией единичных фактов и явлений. Метод наблюдения по степени активности исследователя в сборе эмпирического материала относится к пассивным методам сбора данных. Наблюдение в психологии здоровья позволяет рассмотреть реальные проявления особенностей психики клиента, раскрыть индивидуальные проявления психики в ситуациях, связанных с социальным взаимодействием, сформулировать гипотезу решения проблемы сохранения здоровья и составить план реализации здоровьесберегающих программ. Данные, полученные методом наблюдения, служат источником для эмпирических обобщений и являются ценным материалом для построения теорий. Как метод исследования, наблюдение всегда целенаправленно и фиксируется восприятием. Наблюдение за поведением позволяет психологу оценить мысли, чувства и поступки клиента в определенных жизненных ситуациях, которые приводят к утрате здоровья либо потенци-

ально несут угрозу для состояния здоровья. Анализ эмпирических данных, полученных на основе наблюдения за поведением клиента, позволяет психологу составлять индивидуальные программы психологического сопровождения, психологической коррекции, мероприятий по сохранению психического и физического здоровья. Проводить эффективные приемы психологического воздействия, направленные на коррекцию поведения клиента при решении проблем, с которыми он сталкивается в повседневной жизни. Метод наблюдения может применять не только психолог, но и родитель, воспитатель, человек, имеющий возможность проводить наблюдение, при этом сама проблема и варианты ее решения могут меняться в зависимости от профессионального взгляда наблюдателя. Следовательно, предъявляемая клиентом проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует внимания. На результат наблюдения существенно может влиять процесс его организации. В процессе наблюдения можно обнаружить большое число факторов, влияющих на функционирование организма и изменяющих здоровье. В наблюдении психолог должен определить, на какие симптомы будет обращено его особое внимание. С этой целью в наблюдении используется схема обследования:

- 1) описать события, непосредственно предшествующие возникновению проблемы;
- 2) описать проблему;
- 3) описать последствия проблемы, с которыми сталкивается клиент.

В процессе наблюдения можно обнаружить большое число факторов, влияющих на функционирование организма и изменяющих здоровье. Когда наблюдение осуществляется не психологом, а людьми из окружения клиента (пациента), возникает возможность косвенной оценки мотивации и роли этих лиц в актуализации проблемы.

При очевидных преимуществах метод наблюдения имеет недостатки: ограниченность условий наблюдения (невозможность варьировать условия наблюдения), субъективизм наблюдателя (необъективность наблюдателя), сложность (практически невозможность) точного повторения.

Эксперимент – относится к активным методам сбора эмпирического материала, исследователь организует экспериментальное воз-

действие на клиента, контролирует происходящие изменения его состояния и/или поведения. Отличительной чертой эксперимента является возможность моделирования. Эксперимент позволяет в искусственно созданных условиях воспроизводить явления реальности и устанавливать причинно-следственные зависимости между явлениями. В психологию эксперимент был внедрен физиологом Вильгельмом Вундом. В 1879 году в Лейпциге он открыл лабораторию экспериментальной психологии, где с результатами его исследований знакомились великие русские ученые И.П. Павлов, В.М. Бехтерев и другие. Психолог и философ Л.С. Рубинштейн в своих работах выделил два вида эксперимента — естественный и лабораторный [12].

Лабораторный эксперимент проводится в специально созданных условиях (например, в научной лаборатории), где обеспечивается возможность взаимодействия клиента только с теми факторами, которые важны для экспериментального исследования. Примером психологического лабораторного эксперимента может служить широко известный «эксперимент Милгрэма». С. Милгрэм своим экспериментом попытался прояснить вопрос: сколько страданий готовы причинить обычные люди другим, совершенно невинным людям, если причинение боли входит в их должностные обязанности? Подробно об эксперименте можно прочитать в книге Стэнли Милгрэма «Obedience to Authority» и у других авторов, повторивших его эксперимент. Главным недостатком лабораторного эксперимента является искусственный характер условий проводимого исследования. Искусственность значительно влияет на течение исследуемых процессов, искажая результат исследования. В начале XX века психологии как науке необходим был метод, благодаря которому устраняются искусственность и погрешность эмпирических данных, полученных в лабораторных условиях, и в 1910 году известным русским врачом и психологом А.Ф. Лазурским была разработана методика естественного эксперимента, которая с успехом и в наше время применяется в разных отраслях психологии [13].

Естественный эксперимент проводится в обычных условиях жизни клиента, в привычной для него среде, что позволяет изучать изменения психических процессов в реальной жизни клиента. Соблюдая нормы этики общения, психолог может оставить клиента

в неведении о проведении эксперимента, тогда не искажаются условия течения изучаемых психических процессов, что и является безусловным преимуществом естественного эксперимента перед остальными. Разновидностью естественного эксперимента являются констатирующий и формирующий эксперименты (обучающий, генетико-моделирующий, экспериментально-генетический).

Констатирующий эксперимент проходит без изменения и формирования новых свойств личности. Применяется для диагностики изучаемой проблемы, для подтверждения или опровержения какого-либо конкретного факта. В констатирующем эксперименте применяются специфические методики, которые позволяют устанавливать реальное состояние изучаемых эмпирических данных.

Формирующий эксперимент изменяет личность, развивает и формирует ее новые свойства, которыми ранее личность не обладала. В ходе формирующего эксперимента создаются условия, изучаются все изменения психического и личностного развития клиента в результате воздействия на него.

В психологии здоровья с помощью эксперимента можно целенаправленно и планомерно воздействовать на объект, изменяя его состояние, либо исследовать особенности психической деятельности. В эксперименте используется принцип функциональных проб, где задания подбираются таким образом, чтобы актуализировать те психические функции и состояния, которые наилучшим образом раскрывают проблемы клиента.

В проведении экспериментально-психологического эксперимента обычно используются **нестандартизированные и стандартизированные психологические методики**.

К **нестандартизированным методикам** относятся патопсихологические. Их применяют для установления особенностей изменения когнитивных функций в зависимости от нозологии. При оформлении заключения исследования, которое проходило с применением нестандартизированных методик, акцент ставится не на полученных результатах, а дается полный содержательный анализ способов выполнения клиентом всех представленных заданий.

К **стандартизированным методикам** относятся различные тесты и личностные опросники. Качественно собрать эмпирические дан-

ные можно при условии соблюдения основных принципов подбора методик для экспериментального исследования: первый принцип – для более полного и всестороннего проявления психической деятельности необходимо сочетать методики; второй принцип – при изучении психологического феномена надежность результата повышается за счет грамотного сочетания нескольких методик, направленных на изучение одного феномена.

Желательно в одном диагностическом исследовании применять не менее 6–9 методик, однако в экстренных случаях и для самодиагностики могут применяться экспресс-методы.

При выборе методик для экспериментального психологического исследования необходимо учитывать следующее.

1. Цель исследования может меняться в ходе исследования. На первом этапе проводится дифференциальная диагностика; на втором – определение глубины проблемы; на третьем – изучение эффективности проводимого психологического воздействия, психотерапии.

2. Образование и жизненный опыт клиента. Вопросы и действия психолога должны быть понятны клиенту, составлены с учетом возраста, интеллекта и т. п.

3. Особенности контакта с клиентом (например, слабослышащий). Необходимым условием процесса проведения ЭПИ является также то, что все методики предлагаются клиенту с учетом возрастной сложности.

В XVIII веке немецкий ученый Х. Вольф впервые прибегнул к измерениям в психологии, им было введено понятие «психометрия», он измерял величину внимания относительно продолжительности аргументации. **Измерение** – это эмпирический метод, относится к пассивному методу получения эмпирического материала, при котором исследователь фиксирует естественный процесс при помощи математического описания наблюдаемой закономерности. Данный метод позволяет при помощи измерительных приборов выявить состояние и/или свойства изучаемого объекта. Используя в исследовании данный метод, психолог не воздействует на объект, а «объективно» регистрирует по прибору изменяющиеся показатели изучаемого явления [12].

Основные направления измерений в психологии представлены двумя видами.

1. Психофизическое измерение — замер посредством применения шкал измерения физических переменных с психологическими состояниями, позволяет исследователю соотнести воздействие реальных физических стимулов с ощущениями, которые они вызывают у объекта исследования.

2. Психометрическое измерение — замеры знаний, умений, способностей личности, достигается посредством применения валидных измерительных инструментов — тестов, опросников, разнообразных интеллектуальных задач, а также моделирование специальных ситуаций, проживание их по предлагаемым образцам поведения.

Библиографический метод — относится к синтетическому способу описания жизненного пути человека, описание его как личности и как субъекта деятельности позволяет провести качественный анализ психических состояний. В основе задач библиографического метода — получение информации о самом человеке, о потенциально значимых этапах его развития, о прошлых и настоящих жизненных событиях, повлиявших на формирование индивидуальных особенностей. Необходимая информация может быть получена как от самого клиента, так и от его современников, окружающих людей, либо через анализ деятельности, через продукты творчества, личные дневники, семейные альбомы, архивы и т. д.

Среди библиографических методов выделены четыре разновидности.

1. Психобиография — метод психологического анализа биографии личности. При анализе жизненных событий уделяется особое внимание психическим факторам жизни человека и анализу ее творческой составляющей. Метод психобиографии позволяет психологу провести глубокий анализ личности, установить причинно-следственные связи между творческой активностью и психическими процессами. Например, в качестве предмета исследования может выступать когнитивная сфера, где исследуются особенности мыслительного процесса, способы познания, когнитивные стили разных людей и т. д.

2. Каузометрия (от лат. *causa* — причина и греч. *metreo* — измеряю) — данным методом психологи исследуют субъективную кар-

тину жизненного пути человека, психологическое время личности с локализацией в календарном и психологическом времени. Метод предложен Е.И. Головахой и А.А. Кроником (1982), направлен на описание прошедших событий жизни человека, а также используется для составления прогнозов будущих этапов жизни. Как метод каузометрия помогает графически в виде каузограммы представить и объяснить межсобытийные связи, мотивационный статус событий, прогнозировать возможные деформации жизненного пути, делать анализ и коррекцию жизненных сценариев и т. д. Каузометрия применяется в анализе и коррекции жизненных сценариев в психотерапии, семейных консультациях и т. д. Выявляет удовлетворенность прошлой жизнью, настоящей, будущей и особенности стиля жизни клиента [13].

3. Психологическая автобиография — как метод диагностирует один из показателей функционирования адаптационного процесса, выявляет особенности ситуационного компонента внутренней картины жизненного пути клиента. Позволяет выявить особенности восприятия важных жизненных ситуаций клиента через описание своего жизненного пути с анализом психического состояния, переживаемого в значимые периоды.

4. Библиографический опросник — метод изучения биографических данных клиента через анализ анкет. Важно, чтобы опросники были наполнены вопросами, ответы на которые способствовали бы наиболее полному раскрытию разнообразных аспектов жизни клиента. Метод позволяет рассмотреть в хронологическом порядке личностное развитие клиента, соотнести эмоциональные переживания с проживаниями жизненных ситуаций, дает представление об основных конфликтах, направленности личности, движущих силах развития и т. п.

Беседа (интервью) — метод, позволяющий получить информацию об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях через личное общение исследователя с клиентом. При беседе происходит диалог, исследователь задает клиенту специальные вопросы, которые направлены на понимание сути проблемы, на распознавание маскируемых признаков либо на идентификацию выраженных признаков по нозологическому критерию. При проведении интервью общение психолога с клиентом

происходит по схеме вопрос-ответ. Вопросы должны быть составлены с учетом определенных принципов: однозначности, доступности, адекватности и беспристрастности.

Принцип **однозначности** реализуется в точности задаваемых исследователем вопросов. Четкая формулировка вопросов исключает разнообразие в понимании того, о чем спрашивает исследователь клиента (например, вопрос «Испытываете ли Вы какой-либо дискомфорт?» сформулирован нечетко и может поставить клиента в тупик, поскольку под дискомфортом можно понимать разные вещи и состояния: сниженное настроение, неудобную обувь, одежду, окружающую обстановку и т. д.).

В интервью должен соблюдаться принцип **доступности**, который предполагает, что исследователь общается с клиентом на понятном ему языке с учетом его социального статуса, соответствующего уровня развития, интеллекта, этнических и культурных особенностей и т. п.

В соблюдении принципа **адекватности** важно придерживаться следующего условия: необходимо исключить неверную интерпретацию вопросов психолога клиентом. Психолог должен убедиться в том, что используемая им терминология, значение слов понятны клиенту и созвучны с пониманием исследователя.

Принцип **беспристрастности** предполагает контроль исследователя над тем, чтобы не навязывать клиенту собственных представлений о его состоянии.

Беседа обычно проводится в два этапа. На первом этапе устанавливается психологический контакт с клиентом. Этот важный этап может повлиять на весь ход и достоверность результатов исследования. Например, при работе с пожилым человеком по запросу его попечителей, как правило, психолог сталкивается с тем, что старец не понимает, для чего ему надо участвовать в каких-то исследованиях и беседовать на темы, которые ему не очень интересны. На этом этапе психологу важно не «перегрузить» пожилого человека вопросами и не перестараться в получении необходимой информации. Лучше для установления контакта беседовать на нейтральные темы (о природе, искусстве), постепенно уточняя сферу интересов и налаживая контакт. Постоянно оказывая ситуативную поддержку,

можно разъяснить цели и задачи встреч, обязательно нужно акцентировать внимание клиента на условии его добровольного согласия на участие в исследовании.

Второй этап беседы включает вопросы, которые касаются конкретной проблемы, по поводу которой обратились к психологу. На втором этапе беседу можно сочетать с экспериментом. Содержание этапов беседы зависит от поставленной цели и задач. В описательно-феноменологической парадигме клинико-психологическая беседа является основным методом изучения личности, тогда как наблюдение и эксперимент применяются как вспомогательные. В психодиагностике состояния здоровья часто используется клинико-психологическая беседа.

Клинико-психологическая беседа может быть **полуструктурированной** и **свободной**.

Полуструктурированная беседа содержит обязательный список вопросов, касающихся проблемы, по запросу клиента к психологу. В основном полуструктурированная беседа применяется при необходимости за небольшой срок собрать максимально полную информацию о проблеме здоровья клиента. Вопросы в такой беседе направлены на идентификацию симптомов расстройства, определение типичных ситуаций их проявления, интенсивность и глубину нарушений, семейный и межличностный контекст. Эффективность проведения структурированной беседы определяется двумя факторами: 1) качеством межличностного контакта психолога и клиента; 2) гибкостью проведения беседы (учет психологом индивидуального состояния клиента, ситуации обследования и особенностей жизни клиента).

Свободная беседа дает наиболее полную информацию об актуальных проблемах клиента и ситуации, в которой он оказался, позволяет спонтанно высказывать свои наиболее актуальные мысли и чувства. В ходе свободной беседы необходимо собрать информацию о восприятии клиентом самого себя и других людей, узнать его обычные поведенческие реакции в разнообразных ситуациях общения и взаимодействия. При первичной клинико-психологической беседе необходимо определить психический статус клиента. Информация о психическом статусе представляет собой впечатление психолога от общения с клиентом. При оценке психического статуса уделя-

ется внимание внешнему виду клиента (мимика и пантомимика, соответствие внешнего вида возрасту, опрятность и т. п.); коммуникативным навыкам и особенностям поведения во время беседы (уровень психомоторного возбуждения, стремление понравиться, оборонительная позиция, сарказм, агрессия и т. п.); эмоциональному состоянию (печаль, эйфория, страх и т. п.); интеллектуальному уровню (словарный запас, уровень образованности и т. п.); как клиент воспринимает окружающую действительность и особенности самовосприятия (уровень сознания, адекватная самооценка, нарушение восприятия и т. п.). Предложенная структура обследования позволяет выделить важные аспекты поведения, которые необходимо подвергнуть более тщательному анализу, сопоставить жалобы клиента со сложившимся впечатлением.

Опрос — широко используется в психологических исследованиях. Опрос относится к вербально-коммуникативным методам. Посредством опроса психолог получает от клиента ответы на заранее сформулированные вопросы, это помогает быстро получить необходимые сведения для решения поставленных исследователем задач. Выделяют несколько видов опросов: анкетирование, свободный опрос, письменный опрос, устный опрос, дистанционный опрос и т. д. Опросники наполняются двумя видами вопросов — открытыми и закрытыми. Закрытые вопросы (структурированные), как правило, дихотомические (да/нет), например: «Сейчас Вы себя хорошо чувствуете?», либо с множественным выбором, например: «Как Вы себя сейчас чувствуете?» Выберите вариант ответа: «Хорошо»; «Плохо»; «Лучше, чем вчера»; «Хуже, чем вчера» и т. п.

Открытые вопросы (неструктурированные) применяются, если необходимо выявить ценностные ориентации клиента, динамику его состояния здоровья, настроения и т. д., например: «Что Вы включаете в понятие «хорошее самочувствие»?

Этот метод является самым распространенным в психологии, социологии, медицине, с его помощью решается множество задач, массовое применение обусловлено быстротой, он позволяет получить необходимые сведения о больших группах и отдельных индивидах.

Вопросы к разделу

1. Назовите основные психологические методы, используемые в психологии здоровья. Поясните их суть.
2. Раскройте суть методов «опрос», «беседа», «библиографический метод».
3. Какие задачи решает метод наблюдения в психологии здоровья?
4. Назовите, в чем отличие беседы от интервью.
5. Дайте определение понятиям «естественный эксперимент» и «лабораторный эксперимент», назовите их преимущества и недостатки.
6. Какова содержательная характеристика библиографического метода?
7. Сравните констатирующий эксперимент и формирующий эксперимент.
8. В чем отличие нестандартизированных методик от стандартизированных методик?
9. Назовите преимущества и недостатки метода наблюдения.
10. Для решения каких задач в психологии здоровья применяют метод каузометрии?
11. Дайте определение понятия «здоровье» в соответствии с уставом ВОЗ.
12. Раскройте суть понятий «физическое здоровье», «психическое здоровье» и «психологическое здоровье».
13. Поясните разницу между психическим здоровьем и психологическим здоровьем.
14. Назовите критерии оценки психологического здоровья по А. Эллису.
15. Дайте определения понятий «норма» и «норматив».
16. Дайте содержательную характеристику понятию «здоровье».
17. Объясните сущность понятий «функциональная норма», «индивидуальная норма», «статистическая норма».
18. В чем отличие идеальной нормы от индивидуальной нормы?
19. Назовите критерии психического здоровья по ВОЗ.
20. Сравните уровни рассмотрения понятия «патология» в медицине и психологии.
21. Что выступает материальной основой физического здоровья?

22. Что понимают под адаптационными резервами организма?
23. Чем характеризуются отличия личности акцентуированной и психопатической?
24. По каким признакам судят о конституционально-типологической принадлежности конкретного человека?
25. Как решается вопрос причинности возникновения социальных болезней?
26. В чем состоит роль гендерного фактора при рассмотрении проблемы социального здоровья?

3. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Рассматривать вопросы, касающиеся здоровья человека, вне контекста жизненного пути, опираясь только на биологические задатки, будет неправомерным, поскольку в ходе онтогенеза на состояние здоровья постоянно действуют как минимум две динамические переменные, существенно меняя его. Первая переменная – возрастные особенности, сказывающиеся и на специфике зрелости функциональных систем организма в каждый возрастной период, и на стадиальности формирования психических процессов, образования личностных свойств, характере социализации, определяющей адаптивные возможности и многое другое, что прямо или косвенно меняет картину здоровья, его нормативные показатели. Вторая переменная – индивидуальные особенности человека и его персональный жизненный опыт, которые либо расширяют и укрепляют потенциалы здоровья, либо значительно снижают их. Например, отношение к здоровью, как основной фактор здоровья, является продуктом социализации человека и имеет выраженный культурно-исторический характер. Представление о здоровье формируется на основе устойчивых социокультурных эталонов, оно связано с профессиональными, гендерными, этническими, возрастными стереотипами. Формы обыденного сознания, характерные для определенного сообщества, отражают доминирующие модели здоровья и устойчивые тенденции, определяющие образ жизни людей и установки по отношению к своему здоровью, включая стратегии активного поведения (или их отсутствие) по его укреплению.

Концепция жизненного пути выделяется в психологическое понятие С.Л. Рубинштейном (1935) не просто как биография человека или онтогенез индивида, но как история становления личности на всей протяженности ее жизни. Б.Г. Ананьев (1970) рассматривает жизненный путь как формирование субъекта деятельности в определенном культурно-историческом пространстве и времени, в котором действия и поступки личности трансформируют обстоятельства жизни и создают новые условия для ее развития [2].

Онтогенетическое развитие и личная история жизни тесно переплетаются между собой, образуя целостную систему, находящуюся

выражение в особенностях личности, которая по мере прохождения жизненного пути начинает приобретать силу основного детерминирующего фактора жизнеосуществления, видоизменяя заложенное в человеке природой. Здоровье можно рассматривать как некий реализованный потенциал, преобразованный в ресурс через отношение к своему здоровью, и осуществленные способы бытия. Другими словами, здоровье невозможно рассматривать вне контекста жизни конкретного человека как некий объем возможностей или определенное качество объекта, здоровье – это то, что проявляется через функционирование, адаптацию, саморегуляцию и деятельностное самоосуществление. Даже нормоцентрические подходы в области психологии здоровья не исключают индивидуальной вариативности профилей здоровья, с которыми приходится иметь дело в реальной практике. В.А. Ананьев (2006) утверждает, что здоровье нельзя рассматривать вне его носителя – человека, являющегося сложной самоорганизующейся системой, это «блуждающий по многовариантным путям жизненного поля процесс» [16; 24]. На каждом локальном участке жизненного пути личность проявлена в уникальности своих свойств, имеющих полидетерминированную природу, и в этом контексте И.В. Дубровина (2010) рассматривает здоровье как проявление потенции личности в заданных условиях [27]. Условия – это не только средовое окружение и жизненная событийность, но и эндогенные переменные, включающие и возрастной период прохождения жизненного цикла. Поэтому здоровье определяется и как способность сохранять соответствующую возрасту устойчивость функционального динамического равновесия.

Онтологию здоровья можно рассматривать и как процессы личностного роста, самореализации в ходе жизненного пути. В различных теоретических концепциях антропоцентрического подхода поднимаются проблемы того, что считать личностным здоровьем и как протекает его становление в ходе индивидуального развития. Здоровье рассматривается как достижение человека, например, раскрытие собственной уникальности (Э. Шостром, 1992), обретение душевной силы (Э. Фромм, 1999), нахождение смысла (В. Франкл, 1990), самоактуализации (А. Маслоу, 1997), конгруэнтности (К. Роджерс, 1994), исполнение предназначения (Кэмбелл, 1974) [4; 9].

Пространство и время жизни от рождения до смерти — это поле обретения человеком самого себя, а любое отклонение от этого пути есть болезнь, вызванная дезориентацией развивающейся личности.

Интегративный подход в определении здоровья исходит из позиций единства и целостности психики, что делает необходимым изучать функционирование организма как части целостных, развивающихся систем, в проявлении взаимосвязей с отдельными элементами и динамике их изменений во времени. Взаимосвязи обнаруживают себя на макро- и микроуровнях (внешние и внутренние связи), обусловлены качественным состоянием сред и уровнем функциональных возможностей. Странниками такого подхода были выдающиеся ученые отечественной школы психологии Л.С. Выготский, С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев, П.К. Анохин, Б.Г. Ананьев и др. Здоровье как динамическая система представлено в возрастнo-временных изменениях, имеющих как обобщенные, так и индивидуальные черты, обусловленные объективными жизненными и субъективными индивидуально-личностными переменными [32].

3.1. Влияние перинатального периода на здоровье человека

Здоровье человека напрямую зависит от того, как протекало его развитие в наиболее ранние периоды, воздействием каких факторов оно было детерминировано. Понимание данной проблемы на определенном этапе развития наук привело к появлению специального направления — перинатологии, в круг вопросов которой вошло изучение состояния здоровья во временной перспективе от зачатия, перинатального периода (внутриутробное развитие), родов и до постнатального периода.

Постнатальный период — это время развития после родов, границы которого определяются по-разному — от 7 дней до нескольких месяцев (некоторыми авторами — даже лет). Основанием является наличие симбиотической связи матери и ребенка после его рождения, которая окончательно пропадает к началу образования самосознания ребенка примерно к 2–3 годам. Так как мать и ребенок являются двумя взаимозависимыми составляющими одной системы, то состояние

каждого из них оказывает существенное влияние на состояние здоровья другого. Таким образом, в психологии можно выделить область науки — перинатальную психологию, изучающую закономерности психического и психологического развития от зачатия до первых месяцев жизни после рождения, обусловленного взаимодействием ребенка с матерью в определенных средовых условиях.

Помимо особенностей наследственности, в поле внимания специалистов должен попасть факт того, является ли беременность запланированной, а ребенок желанным — поскольку это определяет особенности отношения к ребенку и характер общения с ним во внутриутробный период. Запланированное зачатие, оптимальные условия среды и гармоничные отношения между супругами способствуют здоровью будущего ребенка. Внеплановая беременность служит стрессом, который оказывает воздействие на всю триаду «родители — ребенок», последствия чего может сгладить правильное переосмысление ситуации будущими родителями и принятие ребенка как желанного.

Сразу после родов у нежеланных и незапланированных детей, по данным В.И. Брутман и А.А. Северного (1995), гораздо чаще возникают неврологические и соматические осложнения, требующие интенсивной терапии. У данного контингента детей гораздо более высокие риски психической патологии, связанные с неготовностью матери к материнству, высока возможность психических, соматических и поведенческих нарушений у будущей матери во время беременности. Негативное эмоциональное отношение к ребенку повлияет на формирование базового недоверия к миру и резко повлияет на психологическое благополучие ребенка как важное условие его здоровья [25].

Рассматривая семью с точки зрения среды, в которой появляется ребенок, необходимо учитывать не только характер супружеских отношений, но и стадию развития супружеского холона. Наиболее благоприятными для зачатия являются третья и четвертая стадии развития супружеских отношений (стадия «компромиссов» и стадия «зрелого холона»), достаточно оптимальной считается шестая стадия (стадия «ренессанса»), но часто отношение к ребенку в ней определяется тревожной гиперопекой, что несколько нарушает гармоничность взаимоотношений в семье и снижает адаптивные воз-

возможности ребенка. Зачатие ребенка в первую, вторую и пятую стадии (стадия «добрачных отношений», стадия «конфронтации», стадия «экспериментирования с независимостью») требует психологического сопровождения для сглаживания противоречий кризиса и стабилизации отношений, формирования оптимального отношения к ребенку и целесообразного поведения для гармонизации семьи.

Здоровьесберегающим поведением в этот период можно считать ведение здорового образа жизни, автономию семьи в пространстве социальных отношений, нацеленность супругов на построение своей семейной микросреды, раннее общение родителей с ребенком во внутриутробный период его развития. Привязанность матери к ребенку основана не только на ее биологической природе, она возникает из мотивов зачатия, отношения к беременности и родам, взаимоотношений с партнером и личностных особенностей беременной.

В середине прошлого века на основе исследований особенностей протекания психофизиологических процессов у беременных было введено понятие гестационной доминанты (И.А. Аршавский, 1967). Гестационная доминанта — это стойкий очаг возбуждения в ЦНС, обладающий повышенной чувствительностью к раздражителям, оказывающим воздействие на протекание беременности, который способствует избирательному реагированию на ревалентные и неревалентные стимулы и оказывает тормозящее влияние на работу других центров, не связанных с пренатальным развитием ребенка. Гестационная доминанта имеет свою психологическую составляющую, в которую входят механизмы психологической саморегуляции, формирующие поведенческие стереотипы, направленные на сохранение беременности, формирование направленности и установок в отношении к беременности и будущему ребенку. В ходе клинико-психологических исследований было выделено пять типов ПКГД (психологического компонента гестационной доминанты) [16].

Оптимальный тип формируется у ответственных женщин с низким уровнем личностной тревожности.

Гипогестогнозический тип формируется при игнорировании факта своей беременности и нежелании менять свой уклад жизни; выявление данного типа является показанием к коррекции.

Эйфорический тип возникает при демонстративно преувеличенном значении состояния беременности, центрации на нем, требует гармонизации сферы семейных отношений.

Тревожный тип характеризуется высоким уровнем тревоги с возможными проявлениями ипохондрии, может возникать у женщин с личностной предрасположенностью к тревоге либо при неправильной информированности беременной о факторах угрозы протекания беременности и родов, их силе и величине; при соматических проявлениях требует психокоррекции.

Депрессивный тип возникает при неуверенности в благоприятном исходе беременности, отсутствии веры в природные силы, страхах умереть в родах или при дисморфофобических идеях и нежелании рожать ребенка; сопровождается отрицательным, подавленным фоном настроения вплоть до суицидальных тенденций и ятрогенных депрессий; требует своевременного распознавания и направления к психотерапевту или психиатру.

Наиболее критическими в пренатальном развитии являются период имплантации (5–6 день после зачатия), период развития плаценты (4–6 неделя), период становления основных систем организма (20–24 неделя), в это время организм плода наиболее уязвим к повреждающим воздействиям. С четвертого по шестой месяц течения беременности действующие факторы будут в большей степени влиять и на формирование эмоциональной сферы (О.А. Соколова, 2001). Последствия сильных стрессов матери наиболее сказываются на раннем развитии и могут быть нивелированы к пубертату при благоприятных постнатальных условиях; причем физический стресс оказывает сравнительно большее влияние, чем стресс психический (Н.А. Полякова, 2001). Стресс в конце беременности видоизменяет течение родов, сроки, как правило, отодвигаются, обнаруживаются соматическая слабость и дискоординация родовой деятельности, увеличивается вероятность осложнений во время родов, в том числе в четыре раза увеличивается риск гипоксии плода [24].

Роды сами по себе являются сильным стрессом для ребенка, иногда их относят к первичной «родовой травме», влияющей на весь дальнейший ход развития человека, поэтому характер родов часто определяет специфику онтогенеза и лежит в основе анамнеза многих нарушений.

Течение родов в трансперсональной парадигме описал С. Гроф (1985), он выделил базовые перинатальные матрицы (БПМ), последовательно сменяющие друг друга. Исходный симбиоз БМП-1 проживается как чувство вселенского единства, рая, абсолютной гармонии. БМП-2 соответствует началу родов и переживается как нарастание смертельной опасности и тревоги в заточении. Собственно роды (прохождение родового канала) сопровождаются сдавливанием, физиологическим страданием и проживаются в БМП-3 как состояние изгнания и необходимости бороться за свое выживание. Акт рождения связан с БМП-4, которая соответствует чувству освобождения с одной стороны, и катастрофы – с другой. Базовые перинатальные матрицы дают не только понимание внутриспсихической картины родов, но и позволяют определять характер последующих дисгармоний развития в соответствии с фиксацией на определенной матрице, равно как и определять характер помощи в сохранении психического здоровья [25].

Особенности отношения матери к ребенку и характер взаимодействия с ним определяют соматическое и психическое благополучие ребенка после родов. Постнатальный период сопровождается кризисом адаптации к внешней среде и требует от ребенка значительных затрат в приспособлении к новым условиям жизни. Так как он неразрывно связан с матерью и зависим функционально от нее, то состояние его жизненных сил во многом индуцируется состоянием диады. Первые три месяца наиболее важны для определения характера этих отношений, связано это не только с тем, что они являются сложным послеродовым периодом в физическом и психическом отношении (так, у 50 % женщин в первые две недели может проявляться транзиторный синдром невротической депрессии), но и с тем, что в коммуникации ребенок является пассивным субъектом с невыраженностью социальных реакций, поддерживающих сам процесс общения.

В первые месяцы отношение матери к ребенку и ее эмоциональное состояние являются определяющими в формировании типа привязанности ребенка к матери. Дисгармоничные типы привязанности (избегающая привязанность, симбиотическая привязанность, амбивалентная привязанность, дезорганизованная привязанность)

оказывают тормозящее воздействие на развитие психики ребенка по сравнению с безопасной или надежной привязанностью. При дисгармоничном типе у ребенка формируется базальный уровень тревоги. По наблюдениям М. Эйнсфорт (1978), можно определить поведение матери, способствующее формированию гармоничного типа привязанности — экспрессивность эмоций, синхронизация своих движений с телом младенца, разнообразие контактов, кормление грудью [25].

Важным является недопущение изоляции новорожденного от матери в первые дни и часы после рождения, поскольку близкое присутствие является сильнейшим пусковым механизмом установления связей в системе «мать — дитя». Биологический контакт способствует эмоциональной и личностной направленности матери на установление эффективного взаимодействия со своим ребенком. Иногда при нарушении контактов могут наступать нежелательные последствия, требующие вмешательства.

В первый месяц после родов при осознанном или неосознанном неприятии ребенка матерью у него может формироваться младенческая депрессия, симптоматически она выражается как невозможность достижения ребенком состояния комфорта и проявляется в соматовегетативных нарушениях. Младенческая депрессия может длиться до полутора месяцев и черевата аффективными расстройствами матери и ребенка в последующем. При разлуке матери и ребенка может наступать анаклитическая депрессия, при которой проявляется субдепрессивная симптоматика — снижается активность, проявление витальных потребностей, нарастает плаксивость, затем она переходит в депрессивную симптоматику — плач прекращается, происходит отказ от физической активности, наблюдается избегание внешних стимулов или отсутствие реакций на них, при этом резко повышается восприимчивость к соматическим заболеваниям. Стойкое избегание установления телесных и эмоциональных контактов может выливаться в явления госпитализма, как и в случаях социальной депривации.

Ранний период развития ребенка не просто критический период — это время, когда закладывается база первичных представлений о мире, происходит формирование индивидуальных реакций на сти-

мулы среды, запечатлеваются формы связей с объектами, образуются аффективные средовые коды. Ребенок, кроме того, находится в ситуации непрерывного научения через механизм запечатления индивидуального постнатального опыта.

3.2. Здоровьесбережение в раннем детстве и дошкольном возрасте

Период раннего и дошкольного детства характеризуется очень высокими темпами развития, интенсивностью качественных изменений, возникновением большого числа новообразований, формированием высших психических функций, возникновением самосознания и сознательной регуляцией овладеваемыми видами деятельности. За этот период ребенок переживает три возрастных кризиса, в результате которых каждый раз возникает совершенно другая социальная ситуация развития, меняются основные механизмы социализации, формы познания, способы взаимодействия с окружающим миром. Такая глобальная перестройка психофизических функций обеспечивается пластичностью и сензитивностью психики.

Организм ребенка одновременно готов к изменениям и чувствителен к действию неблагоприятных факторов. В большей степени это относится к периоду раннего детства (от 1 года до 3 лет), когда адаптивная система еще не окрепла и ребенок зависим от средовых условий жизнеобеспечения. Состояние здоровья и развитие тесно связаны между собой, в них ярко проявляются черты функциональной незрелости, неустойчивости, низкой продуктивности психических процессов, зависимости от внутренних биопсихических условий. Показателями психического здоровья могут быть основные линии возрастных изменений – развитие сенсорной и моторной сфер (грубая и мелкая моторика, предметные действия), развитие речи, активность, особенности аффективных проявлений, возникновение «Я-позиции» [30].

В последнее время среди ученых делаются попытки найти интегративные показатели здоровья. Примером может служить понятие «качество жизни» (международная аббревиатура – QOL), вошедшее в научный обиход совсем недавно. Под качеством жизни понима-

ется субъективная удовлетворенность, выражаемая или испытываемая индивидуумом в физических, ментальных и социальных ситуациях, в том числе при наличии каких-либо дефицитов, способность устанавливать разнообразные отношения с окружающим миром и получать от этого удовольствие. Термин возник первоначально в медицине в 90 гг. прошлого века и позволял рассматривать здоровье не как отсутствие заболеваний, но определенную наполненность жизни содержанием, вызывающим удовлетворенность и состояние счастья, без которых, по мнению сторонников этого подхода, невозможно понимание здоровья [14].

Данный подход совершенно справедлив для раннего онтогенеза, когда средовая наполненность и деятельностное содержание напрямую определяют достижения в развитии ребенка, а влияние последствий сенсорной, социальной, эмоциональной, информационной деприваций на здоровье детей хорошо известно и подробно описано в литературе. Высокое качество жизни обеспечивается психофизическими возможностями, развитым интеллектом, характерологической стабильностью, способностью устанавливать социальные отношения и получать от этого удовольствие.

В.И. Гордеевым и Ю.С. Александровичем (2001) были предложены показатели качества жизни детей для оценки их здоровья и развития. В раннем возрасте основные ориентиры включают двигательную и социальную активность, использование речи в общении и уровень ее развития, развитие психомоторных действий, социализацию и адаптивное поведение, сенсорное развитие и изобразительную деятельность. Полноценная жизнь, удовлетворение витальных функций и поддержание здоровья ребенка в раннем возрасте обеспечиваются ближайшей средой (в большей степени матерью), поэтому нарушение общения в ней грозит дисгармониями развития и вторичными нарушениями соматического здоровья [14].

Исследования общения матери с детьми первых трех лет позволили выделить основные типы взаимодействия, непосредственно связанные со здоровьем (С. Боди, 1991) [25].

Первый тип матерей легко приспосабливается к потребностям и особенностям ребенка, исключает доминирование и навязывание своих требований.

Второй тип – ориентирован на потребности ребенка, но с навязыванием своих представлений о должном, что создает напряжение в общении.

Третий тип – игнорирует потребности ребенка, в основе взаимодействия лежит чувство долга, проявляется в жестком контроле за поведением, в общении отсутствуют теплота и гармоничность.

Матери *четвертого типа* отличаются непоследовательностью, плохим пониманием ребенка, возможностей возраста, это проявляется в предъявлении завышенных требований или игнорировании их, образует внутренне противоречивую позицию.

Наиболее неблагоприятным оказался четвертый тип, в группу повышенных рисков вошел и третий тип матерей, их детей отличала повышенная тревожность, апатия, слабая поисковая активность, оказались подавлены любознательность и инициатива, неблагоприятное состояние детей могло переходить в депрессию.

В.И. Гарбузов описывает типы неправильного воспитания, связанные с детскими неврозами, – *непритие* (отстраненность и эмоциональное отвержение), *гиперсоциализация* (тревожно-мнительная концентрация на состоянии здоровья ребенка и его развитии), *эгоцентрическое* воспитание по типу «кумира» с доминантой сосредоточенности внимания на ребенке [20].

Еще одну опасность для психического здоровья представляет *скрытое эмоциональное отвержение*, проявляющееся в демонстративном выполнении родительских функций и внешней заботе о здоровье ребенка, с игнорированием его как субъекта и непониманием индивидуальных потребностей (как правило, в дальнейшем у таких детей развивается заниженная самооценка).

Помимо дисгармоний в системе семейных отношений еще одну проблему составляет психолого-педагогическая неграмотность родителей, не знающих, какими средствами можно укреплять психическое здоровье ребенка и что для его развития является наиболее важным. Поэтому во всем мире существуют программы ранней помощи родителям, эффективность подобных программ в отношении профилактики отдаленных серьезных последствий для здоровья ребенка доказана многочисленными лонгитюдными исследованиями. В Санкт-Петербурге создана специальная меж-

дисциплинарная программа ранней помощи в системах народного образования детям до трех лет, находящимся в условиях высоких рисков (нарушения развития, неблагоприятные условия развития); основная работа направлена на коррекцию взаимодействия в диаде «мать – дитя» и терапевтическое обслуживание ребенка и семьи (Г.С. Никифоров, 1998) [25].

Подобного рода программы включают поддержку семьи (что особенно важно для ребенка с особенностями развития), тренировки навыков эффективной коммуникации и получение удовольствия от процесса общения, осознание родителями своей роли и возрастных особенностей ребенка, обучение оцениванию поведения ребенка и характера своего взаимодействия с ним. Мировая практика показывает, что часто программы ранней помощи реализуются на базе специально созданных библиотек игрушек, назначение которых состоит в привлечении внимания к базовым потребностям ребенка, находящегося на ранних ступенях онтогенеза.

Зачастую специфика детского возраста игнорируется взрослыми и последующие нарушения в психическом здоровье никак не связываются с недостатком опыта, получаемого ребенком в деятельности, соответствующей своему возрастному периоду. Как известно, основные новообразования формируются в ведущих видах деятельности. Для младенцев – это общение, задающее направленность на коммуникацию и формирующее базовое доверие к миру; для раннего возраста – предметная деятельность, составляющая основу представлений о своем теле, материальном мире, их свойствах, интенсивно развивающая все сенсорно-перцептивные процессы; в дошкольном детстве – игровая деятельность, формирующая личностную позицию по отношению к миру, стимулирующая становление высших психических функций (особенно воображения, внешних и внутренних планов речи), позволяющая осваивать систему социальных отношений и человеческих способов бытия. Если на определенном этапе происходит смещение акцентов и взрослые начинают искусственно интенсифицировать развитие, игнорируя и депривировать основные линии развития, происходит эффект «подергивания за ростки» и ребенок не только движется по пути дизонтогенеза, но и лишается части жизненных сил.

В большой степени вышеизложенное относится ко всему периоду дошкольного детства. Практика «натаскивания» при подготовке к обучению в школе не выдерживает никаких положений психогигиены. Здоровье ребенка в этом возрасте определяется не только уровнем удовлетворения витальных потребностей, создания материальных условий, функционального выполнения своих обязанностей родителями, но в первую очередь содержанием совместной деятельности, качеством общения и формированием «со-бытийного» пространства со значимым взрослым (В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов, 2001) [10].

Качественно иной тип патологического эффекта, отличный от дизонтогенеза и болезни, выделяет В.А. Ананьев (2006) – это «альтерация онтогенеза», она возникает в ситуации сильного напряжения роста и развития на ранних этапах, не имеет непосредственных симптоматических проявлений, но выливается в ограничение способностей, снижение функциональных резервов, изменение границ и возможностей адаптации, которые нередко могут проявиться только в пожилом возрасте [4].

В основу составления превентивных программ сохранения здоровья для детей дошкольного возраста должны быть положены главные линии развития от 3 до 7 лет. Многие авторы данный временной участок между двумя возрастными кризисами делят еще на два подпериода, имеющих свои особенности, – с 3 до 5,5 и с 5,5 до 7 лет (Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, 2005). В первом в аспекте психического здоровья рассматриваются особенности протекания кризиса 3-х лет, характер адаптации к новой социальной среде, сверстникам, требованиям, специфика аффективных реакций на объекты среды, уровни развития моторной, речевой и игровой деятельности. Во втором периоде важными показателями будут развитие сюжетно-ролевой игры и принятие ребенком правил, работоспособность и темповые показатели деятельности, эмоциональные трудности, особенности мотивации деятельности. Обязательным является анализ семейной ситуации, изучение особенностей сформированности психомоторной сферы, сенсорных и когнитивных процессов [30].

Делая заключение о состоянии психического благополучия и доминирующих фонах настроения ребенка, необходимо помнить о том,

что возрастные кризисы сопровождаются определенными поведенческими реакциями и нарушениями эмоциональной стабильности, яркими аффективными проявлениями (плаксивость, протест, негативизм, раздражительность и т. п.). Подобные проявления зависят от индивидуальных особенностей ребенка и являются в чем-то положительными симптомами, свидетельствующими о качественных изменениях и динамическом переходе на новую ступень развития [24].

Внимание психолога при построении психопрофилактических программ должны привлекать агрессивность в поведении, гипер- и гипоактивность, эмоциональная нестабильность, выражающаяся в высокой тревожности и беспричинных бурных аффектах, нетипичные особенности характера, вербализм, слабая (ниже нормативных) произвольность поведения, яркие проявления ранней одаренности. Одаренный ребенок отличается высоким уровнем психической активности и поискового поведения, что очень сильно истощает его ресурсы в дошкольном возрасте из-за несовершенства регуляторных механизмов и функциональной незрелости. Все усложняется социальной дезадаптацией, затрудненной нестандартностью таких детей, что создает дополнительные напряжения, поэтому работа с одаренным ребенком по сохранению его здоровья обязательна и должна проводиться специализированно.

Дошкольный возраст является первым этапом развития «Я-концепции» ребенка и формирования его самосознания, что поднимает вопросы о личностном здоровье и психологическом благополучии. Дошкольникам свойственно аффективное отражение своего «Я», поэтому оценочные суждения в плане формирования самопринятия и критичное отношение к своим достижениям становятся решающими только на следующих возрастных этапах. Самооценка дошкольника нормативно завышена и ее заниженность есть свидетельство наличия серьезных проблем, требующих вмешательства психолога. Отсутствие критичности и прогнозируемости связано не только с незрелостью интеллектуальных функций, но и с тем, что ребенок не способен разделить реальные и фантазийные планы, поэтому в его воображении действительность может подвергаться значительным трансформациям, что также следует учитывать при построении работы.

Социализация дошкольника включает формирование отношения к собственному телу и здоровью, формирует первичные установки в отношении образа жизни и поведенческие стереотипы, которые могут быть как здоровьесберегающими, так и разрушающими. В их формировании практически малозначимым является информационно-когнитивный компонент, а гораздо большую силу имеет аффективный и поведенческий опыт, который через механизмы идентификации со значимыми взрослыми из ближайшего окружения и неосознанного подражания им формирует основу здоровьесберегающего поведения на долгие годы.

3.3. Школьный возраст и здоровье учащихся

Переходя к школьному обучению, ребенок не просто включается в новую систему социальных отношений и овладевает учебной деятельностью, но и попадает под действие новых факторов, препятствующих сохранению его здоровья, среди которых по этиологии заболеваний на первом месте стоит образ жизни и качество среды.

Основной социальной функцией учащихся является выполнение требований школьного обучения, освоение общеобразовательных предметов (С.М. Громбах, 1981). Школьники составляют около одной шестой населения нашей страны, по данным Н.Н. Яременко (1991), у трети из них наблюдаются длительно текущие заболевания, а у остальных двух третей морфологические и функциональные отклонения в здоровье [31]. Лонгитюдное наблюдение, проводимое исследователями в течение 15 лет, не выявило положительной динамики в этих отклонениях, подобная тенденция увеличивает инвалидизацию детского населения и приводит к уменьшению продолжительности жизни. Результаты расширенной диспансеризации школьников, проводимой Министерством здравоохранения в 2002 году, показали, что примерно у 60 % учащихся существуют хронические заболевания, а 30 % нуждаются в постоянном лечении. На первом месте стоят заболевания опорно-двигательного аппарата, на втором заболевания желудочно-кишечного тракта. Многие дети находятся в так называемом «третьем состоянии», промежуточном между здоровьем и болезнью, что значительно повышает риски

клинической патологии данного контингента в будущем. Данные Н.К. Смирновой (1998) по Москве показывают рост первичной заболеваемости в подростковом возрасте на 35 %, резкий скачок роста таких заболеваний, как онкология, астма, болезни эндокринной системы и систем крови; наблюдаются падение показателей динамометрии, жизненного объема легких, регресс силовых возможностей. 57 % всех заболеваний имеет психосоматическую природу. Общий темп роста числа заболеваний, по данным И.П. Егоровой (1996), составляет 5,8 % в год [33].

Основными причинами заболеваний учащихся названы переполненность классов, перегруженность учебными предметами, недостаточная дифференциация предметов, неоправданная интенсификация обучения, плохая организация питания и гигиены, неблагоприятное психологическое климата в школе и авторитарные стили работы учителей, ухудшение экологии и социально-экономической обстановки, совместное обучение детей с разным уровнем подготовки и психофизиологическими типами. Распространенность психопатологии среди старших подростков на 21 % выше, чем в раннем пубертате.

Характер нервно-психических пограничных расстройств учащихся не меняется на протяжении долгих лет – это астеноневротические и дезадаптационные состояния, невротические и патохарактерологические отклонения. Наиболее широко проявляются эмоциональные расстройства (депрессивные состояния, тревожность, страхи, боли неизвестной этиологии), связанные с внутренними проблемами и чрезмерным контролем поведения; отклонения в поведении и гиперактивность, связанные с внешними проблемами и недостатками функций самоконтроля (нарушение социальных норм и прав других людей). Л.П. Великанова предлагает рассматривать в школьных скрининг-программах повышенный уровень тревожности как маркер предболезненного состояния с прогнозом на возможные функциональные и психосоматические расстройства [31].

При анализе и оценке состояния психического здоровья детей принято выделять следующие основные группы здоровья [4; 24; 31; 33]:

I – совершенно здоровые;

II – учащиеся с легкими функциональными нарушениями;

III – отклонения с доклиническими состояниями или клинические формы в стадии компенсации;

IV – клинические формы в стадии субкомпенсации (пограничные состояния здоровья);

V – больные в декомпенсированном состоянии.

Группа здоровья определяется на основании клинических проявлений, особенностей личностных свойств, социальной адаптации, анализа биологических и социальных факторов.

В общей характеристике групп, связанных с теми или иными нарушениями здоровья, можно выделить следующие показатели. В подавляющем большинстве случаев изменения здоровья учащихся II–IV групп сопровождаются астеноневротическими симптомами, проявляющимися в жалобах астенического круга (слабость, утомляемость, раздражительность, отсутствие желания и сил к выполнению работы, боли и физический дискомфорт, снижение аппетита и расстройство сна). Астеноневротические проявления являются зачастую ответной реакцией на психотравмирующую ситуацию и сопровождаются жалобами, что позволяет соотносить частоту предъявления жалоб с определенной группой здоровья. Эпизодические жалобы характерны для детей II группы, стойкие внеситуативные жалобы – III группы, жалобы детей IV группы носят не просто стойкий характер, но и сопровождаются признаками нарушений адаптационных механизмов и приобретают клинически выраженные формы. У части детей II–IV групп преобладают симптомы невротического порядка: эмоциональная нестабильность, навязчивые состояния, страхи, плаксивость и капризность, энурез, тики и т. п.

Динамика изменения процентного соотношения групп здоровья среди учащихся в зависимости от года обучения, по данным Д.Н. Крылова и Т.П. Куликовой, показывает, что по мере обучения в школе начинает снижаться количество детей, относящихся к I группе здоровья. Абсолютно здоровые дети составляют одну треть в первом классе, в шестом классе – только одну пятую от общего числа, а в периоде пубертатного кризиса еще больше увеличивается число лиц с функциональными отклонениями. Отчасти это связано с накоплением отрицательных социальных факторов, в том числе семейно-бытовых, имеющих пролонгированный период воздействия

на ребенка, и с нарушениями благоприятных условий развития (дефицит положительных эмоций, нарушение качества социальных контактов, плохие условия жизни, информационная перегруженность и др.) [33].

Биологические факторы также влияют на состояние здоровья. В анамнезе III–IV групп существенно преобладают токсикозы во время беременности, родовые травмы, микроорганика, хронические инфекции. Органика, таким образом, является той почвой, на которой возникают более серьезные отклонения в здоровье при действии сходных отрицательных микросоциальных факторов, она повышает риски нарушений и дезадаптации функциональных систем, замедления темпа их возрастного созревания.

Как отмечает С.А. Нетопин, все группы здоровья имеют существенные отличия по подвижности нервных процессов, причем наиболее ярко связь состояния здоровья с характером протекания нервных процессов проявляется в подростковом возрасте. Такая связь имеет двунаправленное действие – текущее состояние здоровья, в свою очередь, влияет на показатели основных свойств нервной системы и может проявляться в их сдвигах [33].

Сложным остается вопрос о детерминированности групп здоровья учащихся их личностными свойствами, поскольку с возрастом происходит сглаживание отрицательных личностных черт, а значит, происходит и ослабевание действия неблагоприятного фактора. Наиболее интенсивно эта тенденция выражена в возрастном диапазоне от 7 до 10 лет – времени, когда происходит становление произвольных функций, саморефлексии и саморегуляции поведения. При выявленных в исследованиях корреляциях здоровья с такими показателями личностного профиля, как общительность, эмоциональная устойчивость, социальная смелость, самоконтроль, и улучшении этих показателей с возрастом в онтогенезе можно наблюдать и специфические (отличительные) тенденции, характерные для разных групп здоровья. Для II группы здоровья у младших школьников с возрастом характерно нарастание тревожности и чувствительности, для III – увеличение эмоциональной возбудимости, для IV – снижение общительности и нарастание социальной робости. Динамика личностных свойств у подростков также имеет свои особенности:

- в I группе – повышение общительности, социальной смелости, активности, функции невербального интеллекта, снижение чувствительности, нейротизма, тревожности;
- во II группе – тенденции I группы и увеличение значения фактора ответственности как компенсация затруднений адаптации к среде;
- в III группе – тенденции I группы без роста фактора чувствительности;
- в IV группе – снижение общительности и социальной смелости, рост влияния нейротизма, чувствительности и индивидуализма.

Выделяются несколько уровней социально-психологической дезадаптации и связанных с ними эмоциональных расстройств в аспекте здоровья личности учащихся.

Первый уровень – *акцентуации характера*, выражающиеся в чрезмерном усилении черт характера в крайнем варианте нормы, формирующих уязвимость в отношении определенного психогенного воздействия (А.Е. Личко, 1985) [16; 17].

Второй уровень – *невроты*, психогенное, как правило, конфликтное нервно-психическое расстройство, возникшее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений индивида (истерический конфликт связан с завышенными претензиями личности и недооценкой существующих условий; неврастенический конфликт связан с повышенными требованиями к себе, превышающими возможности индивида; обсессивно-психоастенический конфликт связан с противоречием внутренних тенденций), конфликт создает высокое напряжение и проявляется в дезорганизации личности и поведения, проявляется в моторных и вегетативных симптомах.

Третий уровень – *психопатии*, при которых дисгармонический склад тотально определяет всю психическую структуру индивида.

Четвертый уровень – *психоз*, характеризующийся деструкцией и деградацией личности, потерей ориентации во времени и пространстве с невозможностью выполнения основных функций.

Основными влияющими личностными факторами, связанными с ухудшением состояния здоровья, в младшей школе можно считать эмоциональную возбудимость, а в подростковом возрасте – эмоциональную неустойчивость. Улучшение состояния здоровья учащихся

ся в младшей школе также проявляется как возрастная тенденция в большем числе случаев по сравнению с ухудшением. Это связано с положительной онтогенетической динамикой: сглаживание астено-невротического синдрома, исчезновение или ослабление мононеврозов (энурез, тики, заикание и т. п.), общая гармонизация личности.

В отличие от младших школьников подросткам свойственны тенденции ухудшения здоровья. Причины такой тенденции имеют комплексный характер, они обусловлены как эндокринным стрессом, так и ростом требований социального характера, увеличением информационной нагрузки, необходимостью самоопределения, что закономерно приводит к срыву адаптации и усилению психопатологических явлений.

Вопросы связи особенностей личности и состояния здоровья охватывают не только проблему этиологии заболеваний или специфики их протекания, но в первую очередь проблему предупреждения возникновения нарушений здоровья и создания оптимальных условий для развивающейся личности. Поэтому организация работы по психогигиене и психопрофилактике напрямую сопряжена с изучением индивидуально-типологических особенностей человека и его личностных свойств.

Следует учитывать и тот факт, что каждое соматическое заболевание имеет свой психологический профиль, поэтому болезнь накладывает свой отпечаток на личность, изменяя ее характерологические и поведенческие особенности, перестраивает потребностную сферу и систему направленности. Кроме того, болезнь может видоизменять и протекание когнитивных процессов, трансформировать эмоциональную сферу и оказывать существенное влияние на доминантные и фоновые состояния личности.

Таким образом, разработка превентивных программ по сохранению и укреплению здоровья учащихся всегда опирается на глубокий анализ особенностей личности в системе ее связей с окружающим миром при учете условий и закономерностей ее формирования и развития. Еще в середине прошлого века В.Н. Мясищев указывал, что в основе неврозов лежит деформация в системе отношений развивающейся личности, и преморбидные характеристики детей, такие как импульсивность, эгоцентризм, аффективная инертность,

являются следствием перевеса эмоционально-субъективного над объективно-логическим [22].

В качестве предпосылок нарушения психического здоровья А.И. Захаров (1987) выделил следующие особенности развивающейся личности: раннее развитие ощущения «Я» и повышенное чувство собственного достоинства, сверхчувствительность к оценке и неудаче, внутренний способ переработки и выражения эмоций, легкость возникновения беспокойства, наличие контрастных либо противоположных личностных черт. В динамике психического развития наблюдается замедленный темп выявления возможностей и способностей, что связано с трудностью раскрытия внутренних потенциалов. Подобные связи выявлены в работах разных ученых, например, у В.И. Гарбузова – это связь формирования невротических характерологических радикалов и врожденных типов реагирования; у Э.М. Александровской – возникновение пограничных нервно-психических расстройств с чертами характера и типами личности; у Г.К. Ушакова – связь типа расстройств с особенностями личности; у М.С. Логиновой и С.А. Лебедева – связь расстройства здоровья с особенностями нарушения социальной адаптации и др. [1; 33].

Рассматривая влияние темперамента на состояние здоровья, необходимо отметить следующую закономерность: из врожденных типов реагирования преневротические радикалы формируются под влиянием различных факторов биосоциальной природы, радикалы затем проявляются в тенденциях к агрессивности или конфликтности, либо оборонительно-агрессивных тенденциях сложной природы, что служит почвой для развития нарушения здоровья под влиянием определенных условий, например, психотравмирующей ситуации. Другими словами, формируется своеобразная «готовность» личности к развитию невроза.

Тип личности также определяет особенности реагирования на неблагоприятные факторы и тем самым обуславливает картину нарушений. Так, у младших школьников выявлены следующие связи: неврозы возникают чаще у тревожного типа, нарушение поведения – у интровертированного или доминирующего типа, задержка психического развития – у инфантильного типа. В типологическом подходе часто встает вопрос о выявлении типа акцентуаций и при-

чинно-следственных связях в этиологии возникновения заболеваний. Тип акцентуаций указывает на уязвимые черты характера, учет которых позволяет вскрывать факторы, вызывающие тяжелые компенсации или психогенные реакции, ведущие к дезадаптации. Нарушение поведения имеет отличительные гендерные особенности — трудных мальчиков-подростков отличает положительный показатель делинквентности, а девочек истероидный тип акцентуации. По данным Г.К. Ушакова, в детском и раннем подростковом возрасте (до 12 лет) психопатические реакции в большинстве случаев нестойки, парциальны, сравнительно легко поддаются воздействиям, поэтому появление психопатических черт не всегда означает начало формирования психопатий, а является симптомом дезадаптации и носит транзиторный (проходящий) характер [31].

За прошедшее время встала проблема суицидального поведения школьников, которое редко связано с психическими заболеваниями или реактивной депрессией (количество суицидов детей в возрасте до 14 лет за последние три десятилетия возросло более чем в 8 раз; при этом на один суицид приходится сто попыток). Если дошкольникам несвойственны размышления о смерти, то в 10—12 лет смерть оценивается детьми как временное обратимое явление, а суицид зачастую носит манифестный характер с желанием «посмотреть» реакцию окружающих. Формирующийся у подростков страх смерти не сопряжен с осознанием ценности жизни, и максимализм оценок, отсутствие опыта разрешения незначительных с точки зрения взрослого конфликтных ситуаций могут делать их суицидоопасными.

В 80 % случаев источником суицида школьника являются внутрисемейные конфликты, порождающие переживание безысходности, в 95 % случаев наблюдается отягощенный семейный анамнез. Клинический анализ показал, что суицидальное поведение в возрасте до 12 лет служило признаком или выражением шизофренического процесса, у подростков выявлены различные варианты депрессивных состояний, которые протекают атипично и сопровождаются ипохондрией, девиацией, дисморфофобией, метафизической интоксикацией; также с увеличением возраста повышается преобладание реактивных суицидов (В.А. Ананьев, 2006) [4; 5]. Саморазрушающие тенденции у подростков тесно связаны с акцентуациями,

которые формируют профиль ситуаций риска суицида. По выявлению факторов суицидального риска Дж. Молтбергом предложен учет следующих показателей: оценка реакций на стресс в прошлом, оценка уязвимости к угрожающим жизни аффектам (одиночество, презрение к себе, неспособность переживания собственной значимости, смертоносная ярость, невыносимая душевная боль), оценка внешних ресурсов поддержки (три класса поддержки: значимые другие, деятельность, специфические аспекты «Я»), оценка фантазий о смерти, оценка адекватной проверки собственных суждений [4; 5].

За время обучения в школе ребенок проходит три этапа в развитии и каждый из этапов предполагает свои аспекты работы психолога в области здоровья. В.А. Ананьев (2007) [5] выделил основные задачи по сохранению здоровья учащихся:

- оценка адаптивности учащихся к ситуациям напряжения, в том числе наследственно обусловленной;
- выделение основных факторов риска и профилактика всех донологических нарушений психосоматического здоровья;
- своевременное устранение выявленных отклонений в здоровье и восстановление резерва здоровья, особенно в стадиях предболезни;
- снижение уровня функциональной напряженности учащихся и педагогов;
- учет индивидуальных особенностей и кризисов развития в регламентации режимов.

В младшем школьном возрасте в основу построения психопрофилактических программ берутся показатели состояния эмоционального благополучия, уровень произвольности, особенности коммуникации в диаде «учитель – ученик», особенности мотивации поведения, уровень освоения учебной деятельности и формирование внутреннего плана деятельности, показатели развития рефлексии.

В подростковом возрасте – характер общения со сверстниками и уровень освоения средств общения, степень овладения способами регуляции эмоциональных состояний и совладающего поведения, особенности мотивации и овладение морально-этическими нормами, особенности самосознания и возникновение «чувства взрослости».

В ранней юности – построение жизненных планов и готовность к жизненному самоопределению, характер общения со сверстни-

ками и взрослыми, особенности интеллектуальных свойств, иерархии ценностей. К окончанию школы психологическое благополучие опирается на чувство возможности самоосуществления своей жизни. При неблагополучии в развитии данного компонента могут наблюдаться диффузия идентичности, диффузия времени, застой в работе и формирование отрицательной идентичности, что является неблагоприятным условием при переходе на следующую возрастную ступень [1].

3.4. Жизненный период молодости и психическое здоровье студентов

Несмотря на то, что, казалось бы, закончились сложные периоды нестабильного пубертата и самоопределения ранней юности, период молодости и выхода подрастающего поколения во взрослую жизнь имеет свои риски снижения показателей здоровья. Молодость — это период ощущения своей растущей силы, наполненности радостными событиями, свободой самовыражения и самоосуществления. Убеждение в неисчерпаемости своих сил и отрицательная установка на охрану своего здоровья, которая соотносится скорее со зрелым или пожилым возрастом, вытесняют действие неблагоприятных факторов, обусловленных вхождением в новую социальную ситуацию развития. Игнорирование стрессов, сопровождающих обучение в вузе, сложностей, связанных с социально-экономическими особенностями современности, порождающих профессиональную неопределенность и необходимость поиска работы в будущем, неуверенность в завтрашнем дне создают аккумуляцию внутренней напряженности, подавление отрицательных эмоций, оказывают скрытый эффект действия.

К неблагоприятным факторам, характерным для студенческой среды, относится не только экзаменационный стресс, но и многие другие. Исследования показывают, что часто студенческая среда воспринимается как враждебная, подавляющая и конкурентная, препятствующая идентификации с ней. Отрицательные установки и ожидание неблагоприятных событий, потеря контроля над результатами своей деятельности, организационный стресс ока-

зывают деструктивное и ослабляющее действие. Фрустрирование потребностей в достижении целей и личных стремлений, отрицательное прогнозирование возможности их реализации влияют на саморегуляторные механизмы и снижают стрессоустойчивость. Низкая самооффективность (А. Бандура) и отсутствие уверенности в собственных силах могут приводить к нарушениям когнитивных процессов (затруднению внимания, блокаде мышления и памяти). Провал на экзамене может сформировать стойкую отрицательную эмоцию, что сказывается на возникновении низкой самооценки эффектов собственной деятельности и приводит к «выученной беспомощности» (Г. Селигман), а значимым механизмом преодоления студенческого стресса является именно перцепция собственной эффективности [25].

Оценивание собственной эффективности связано и с GRATIFICATION – внешним поощрением прилагаемых усилий. ГРАТИФИКАЦИЯ не только стимулирует деятельность и повышает мотивацию, но и служит ориентиром в определении направленности своей активности и способах устранения препятствий. Поэтому на преодоление возникающих у студентов трудностей влияет кризис гРАТИФИКАЦИИ (Д. Сегрист, 1966), он приводит к резкому ухудшению самочувствия и психосоматическим проблемам вследствие противоречия между высокими энергетическими затратами (внешние требования и обязанности, высокий уровень притязаний и самоконтроль) и низким вознаграждением. В качестве вознаграждения выступает не только материальная сторона, но и социальная поддержка, общественное признание, повышение личного статуса. Преодолению трудностей в студенческой среде будут способствовать идентификация со средой, возможность контроля ситуации, проявление личностной и социальной компетентности, активности в ситуации затруднения, снятие неопределенности и повышение возможности прогнозирования ситуации, предсказуемости течения событий [3].

В ходе изучения студенческой среды были выявлены несколько типов поведения.

Здоровый тип – конструктивный, при затруднениях активный, но контролирующий свои энергозатраты, рассматривает неудачу не как непреодолимое препятствие и источник отрицательных эмо-

ций, а как стимул поискового поведения и удовлетворения потребности в достижениях.

Экономный тип – бережливый, средний уровень притязаний и энергозатрат, характеризующийся общей удовлетворенностью жизнью, разделяет личное благополучие и собственные достижения, самопринятие и результаты своей деятельности.

Тип риска – соответствует классическому типу «А» предрасположенности к стрессу (Фридман – Розенман, 1986), высокий уровень притязаний, установка на конкурентную борьбу, болезненное отношение к собственным неудачам, склонность к высоким энергозатратам в достижении целей, не умеет расслабляться, часто проявляется перфекционизм и неудовлетворенность результатами деятельности, склонен к психическим перегрузкам и образованию в связи с этим негативных фоновых состояний; относится к группе с высоким риском психосоматизации.

Тип выгорания – тенденция отказа от активности и принятия решений в трудных ситуациях, низкое субъективное значение деятельности и плохая самооценочность, склонен к образованию тревоги и иррациональным страхам, ограниченная возможность расслабляться приводит к эмоциональному истощению и выгоранию; относится к группе с высоким риском психосоматизации и низкой стрессоустойчивостью [25].

Психопрофилактические программы, реализуемые в студенческих группах, должны включать формирование умений активного преодоления стресса, укрепление межличностных связей в студенческой среде и усиление чувства идентичности в ней, положительное подкрепление деятельности со стороны окружения, работа с постановкой близких и отдаленных целей деятельности с умением устанавливать дистанцию по отношению к результатам, регуляция собственной активности и ее направленности.

Отдельное внимание следует уделить социальной поддержке и ее роли в преодолении трудных ситуаций. Экспериментальными исследованиями доказано наличие корреляционных связей между уровнем психической нагрузки, степенью психосоматических нарушений и социальной поддержкой. Под социальной поддержкой понимают любого вида помощь, оказываемую индивиду средой

в трудных ситуациях, она состоит из трех элементов – эмоциональная поддержка, помощь в решении проблем, обеспечение безопасности. Сутью поддержки является некий поведенческий акт социального окружения или совместное действие от эмоционального сопереживания до взятия на себя полного решения проблем. Даже формальная социальная поддержка снижает психоэмоциональное напряжение человека, попавшего в трудную ситуацию, так как расширяет поле внимания от индивидуальных переживаний до взаимодействия с другими людьми. И наоборот, отсутствие социальной поддержки способно усилить действие неблагоприятных факторов и формировать фрустрацию, отчуждение, разочарование, падение мотивации деятельности. Когда социальная среда осуществляет внешнюю оценку в форме положительного подкрепления и проявляет ожидание успеха по отношению к субъекту, то это не только формирует у него эффективные поведенческие стратегии, но и способствует укреплению психологического здоровья.

Экзаменационный стресс является несомненным психотравмирующим фактором, который учитывается даже в клинической психиатрии. Он признан одной из первых причин, вызывающих сильное психическое напряжение, и нередко может обуславливать экзаменационный невроз. Ситуация определяется не только эмоциональными переживаниями, но и предельными нагрузками функциональных систем – резко возрастает интенсивность умственной деятельности, нарушаются режимы восстановления сил, уменьшается время ночного сна и меняется его профиль (сон становится поверхностным, беспокойным), идет потеря веса, меняется химический и гормональный статус организма, под удар попадают кардиореспираторная и пищеварительная системы, происходит стойкое повышение артериального давления, которое восстанавливается после сдачи экзамена. Вся ситуация усугубляется снижением двигательной активности организма, которая способна редуцировать стрессовые реакции. По данным Г.М. Покалева, Н.П. Недугова, Г.Б. Фомина, Д.Г. Ильичева (1985), работоспособность студентов младших курсов в период экзаменационной сессии падает на 37 % и почти у всех наблюдаются стойкие микроциркулярные расстройства [33].

Исследователи отмечают, что изменения функций ЦНС и устойчивые очаги отрицательного эмоционального возбуждения инициируются самим субъектом, являются результатом когнитивной интерпретации психосоциальных стимулов экзаменационной обстановки. Особенности протекания экзаменационного стресса зависят от личностных особенностей студента и его индивидуальных склонностей к проявлению стрессовых эффектов. Низкая выносливость обнаружилась у лиц с невротами и некоторыми формами психопатий типа сверхточных личностей. Они проявляли низкую продуктивность деятельности, сочетающуюся с нарастанием тревоги и психоастенических тенденций. Исследования А. Хубера и Г. Хирше (1981) обнаружили связь силы стресса и работоспособности с околосуточной ритмичностью женского организма. Несмотря на отрицательное воздействие экзаменационного стресса на организм и психику человека, следует отметить, что он обладает также выраженным тренирующим эффектом [25].

Форма экзамена оказывает влияние на характер стрессовых реакций студентов. Так, тестовый экзамен дает менее выраженный стресс по ряду причин — он обладает меньшей степенью неопределенности, поскольку легко воспроизводится во время обучения, исключает возможные неправильные установки экзаменаторов, на нем студент проявляет больше контроля за ситуацией, способен динамично влиять на ритм работы в условиях лимита времени, фронтальная форма проведения исключает длительный период ожидания. Тестовый экзамен в большей степени отвечает психогигиеническим требованиям, чем традиционный устный.

Уровни реакции на экзаменационный стресс можно определить по вегетативным изменениям: при умеренном стрессе проявляются несвойственные, избыточные реакции — влажность рук, затруднение пищеварения, общее возбуждение и напряженность; при высоком уровне — покраснение или побледнение, слезы, возможен обморок, возбуждение охватывает всю психическую деятельность, проявляются вербальные затруднения, дезорганизация поведения, провалы памяти, невозможность концентрации внимания, спутанность мыслей. Следует отметить, что появление тревоги во время стресса является нормальным, ее назначение — повысить готов-

ность организма к адаптационным изменениям, поэтому существует оптимальный (средний) уровень тревоги, повышающий эффективность экзаменационной деятельности, которая при избыточно высокой или низкой тревоге будет падать. Основными средствами снижения уровня экзаменационного стресса служат физические нагрузки невысокой интенсивности, предварительное моделирование экзаменационных ситуаций, снижение значимости экзаменационной оценки, повышение уверенности в своих силах, релаксационные психогигиенические мероприятия.

3.5. Зрелый возраст и профессиональное здоровье

Зрелый возраст отличает прекращение роста и завершение процессов созревания функциональных систем, что не означает завершения процессов развития – на протяжении дальнейшей жизни физические и психические функции стабилизируются, совершенствуются, интегрируются, определяют последующие количественные и качественные изменения, в том числе появление новообразований, которые как психические явления зрелости пока еще изучены слабо. Считается, что возраст расцвета потенциальных возможностей падает на середину жизненного цикла – 40–45 лет. Он имеет название «акме» – в переводе с греческого это означает «вершина». К этому времени в состоянии здоровья начинают ярко проявляться влияние образа жизни человека, отношение человека к здоровью, содержание и характер жизнедеятельности, особенности мета-уровней личностных структур. Здоровым человеком в зрелом возрасте признается тот, кто способен в заданных условиях максимально качественно выполнять свои обязанности и закрепленную за ним работу, дает жизнеспособное потомство, способен приспособиться к изменениям в жизни (Н.М. Шустров, 1924) [1; 15; 16]. В зрелости можно выделить три основных признака здоровья:

- 1) обеспечение сохранности систем и органов (функциональная и структурная), повышение их эффективности в возможных пределах;
- 2) индивидуальная приспособляемость к физической и социальной среде, способность к адаптации в меняющихся условиях и ситуациях напряжения;

3) сохранность привычного (оптимального) самочувствия, в том числе настроения, работоспособности, активности, направленности на деятельность и коммуникацию, отсутствие болезненных ощущений, переживание положительных эмоций и удовольствия, интереса к миру.

Зрелая личность обладает адекватными жизненным ситуациям реакциями, развитым самоконтролем; умеет разделять реальные и идеальные цели, соотносить желаемое и должное, контролировать свои поступки и поведение в границах социальных норм; находит равновесие в утверждении своей индивидуальности в сочетании с хорошей адаптацией к реальности. Зрелый здоровый человек уравновешен и гармоничен (Годфруа, 1992). Уравновешенность в телесном плане предполагает отменное телесное здоровье, сочетающееся с заботой о теле в интеграции со здоровьем психическим. Сексуально-аффективный план выражается в умении устанавливать гармоничные интимные отношения с другими людьми. Уравновешенность интеллекта соответствует умению мыслить и действовать продуктивно, нестандартно, находить выход из затруднений и добиваться целей. В нравственном плане уравновешенность позволяет, опираясь на свои убеждения и проявляя критичность (в первую очередь по отношению к себе), действовать согласно законам справедливости. Социальный план уравновешенного человека выражается в прогнозируемых, непринужденных взаимоотношениях с другими людьми вне зависимости от их положения в социальной иерархии. В личностном плане уравновешенность проявляется в чертах оптимизма, жизнерадостности, добродушии, реалистичности и трезвости; в чувстве внутренней свободы и ответственности без принуждения, юморе по отношению к своей персоне. Если о физическом здоровье можно сказать, что к периоду зрелости оно сохраняется и преумножается, то личностное (психологическое) здоровье — приобретается, что совершенно очевидно, поскольку личность есть продукт социализации человека [16; 17; 21].

К. Роджерс выделял следующие основные черты зрелой интегрированной личности: открытость внешнему и внутреннему миру, стремление к целостной жизни, недоверие к техническому прогрессу, единение с природой, доверие собственному опыту, равнодушие к ма-

териальным стимулам и антипатия к бюрократическим институтам, стремление оказывать помощь, самосовершенствоваться, попытки найти смысл жизни. По различным данным, число зрелых здоровых личностей взрослого населения колеблется от 30 до 2 % [10; 16].

Здоровье в период взрослости оценивается по двум самым важным критериям — функциональным возможностям (прежде всего работоспособности) и гармоничности личности. В 1905 году на II съезде психиатров В.М. Бехтерев определил основные условия обеспечения личностного здоровья: начало его закладывается наследственностью, благоприятными условиями зачатия и вынашивания ребенка, преумножение связано с правильным воспитанием и уходом, благоприятной экономической обстановкой во время формирования психики, обуславливается постоянным участием в содержательном и умеренном труде в зрелости, пониманием необходимости искоренения невежества и алкоголизма, включенности человека в систему общественных отношений. По мнению Бехтерева, главное в здоровой личности — это ее направленность на постоянное совершенствование, продуктивную созидательную деятельность, жизнь по правилам гигиены. Ученый считал, что бездеятельность и отчуждение от общества ведут к умственному и физическому упадку, нравственному вырождению [22].

Существует большое количество системных описаний здоровой зрелой личности, наиболее известные из них принадлежат Г. Олпорту, К. Роджерсу, А. Маслоу, К. Юнгу. Говоря о том, как личность взрослого человека проявляется в бытии, мы всегда имеем в виду ее осуществленность в деятельности, которая обеспечивается не только способностями, но и тем, что имеет непосредственное отношение к здоровью — функциональным возможностям [9].

Человеческий организм представляет из себя сложную физиопсихическую систему, работа которой задается согласованием большого числа параметров, в том числе сознания, социального контекста, прошлого опыта, когнитивных структур (П.К. Анохин, Н.А. Бернштейн). Поэтому функциональные возможности определяются состоянием организма и психики, направленностью личности, регуляторными механизмами и резервными мощностями. Создателем теории резервных мощностей является Н. Амосов, которому

удалось убедительно доказать роль тренировок и нагрузок на здоровье человека, что распространяется не только на телесные функции, но и касается работы всех систем психики. Важнейшим показателем функциональных возможностей как потенциала здоровья считается работоспособность, ее эффективность определяется выполнением максимального объема работы в заданном темпе с минимальными затратами в максимально возможный период времени [25].

В возрастном диапазоне взрослости завершено созревание функциональных систем, и продуктивность деятельности человека во многом зависит от того, насколько у него развиты процессы управления и регуляции. Управление осуществляется по отношению к заданной цели, а регуляция в приведении чего-либо к оптимальной норме. Эти механизмы совершенствуются практически всю жизнь и становятся главнейшим фактором здоровья в более поздние периоды онтогенеза. Г.С. Никифоров [28] (2002) разводит понятия самоуправления и саморегуляции, считая самоуправление более широким явлением по отношению к процессам саморегуляции, где субъектом выступает сам человек, а объектом становятся все присущие ему психические явления; самоуправление всегда сознательно, но не всегда осознанно. Автор утверждает, что процессы самоуправления взрослого не есть только механизмы (как это существует у детей), зрелый человек интегрирует в них особенности своей личности, аффективной и когнитивной сфер; они включают определенные действия, например, действия самоконтроля. Зачастую нарушение психического здоровья связывают с нарушениями регуляторных механизмов (В.Х. Кандинский, С.С. Корсаков, А.Ф. Лазурский, И.Е. Вольперт, П.С. Графе и др.), а формы лечения включают овладение собственным поведением и состояниями. К взрослому возрасту человек должен научиться управлять своим психическим здоровьем – распознавать свои состояния и воздействовать на них; понимать пределы физических и психических возможностей, соответствующими способами расширять их; осознанно ставить жизненные цели, активно, но гибко двигаться к ним, умея вовремя восстановить силы (Г.С. Никифоров, 2003) [22; 29; 32].

Сознательное отношение к своему здоровью тоже часть облика зрелой личности, оно связано с умением прогнозировать отда-

ленные последствия явлений. Просто избегания вредных факторов в зрелости становится уже недостаточным, личность должна проявлять активность в отношении своего здоровья и создании условий, в которых будут повышаться функциональные возможности, направляемые на достижение жизненных целей (Н.А. Логинова, 2001). Психологическая зрелость человека определяется через его возможность брать на себя ответственность за свою жизнь и жизнь других людей, способность выполнять общественные и социальные функции, участвовать в производительном труде; местом и ролью в системе общественных отношений. Основными видами деятельности становятся репродуктивная и трудовая, поэтому в большей степени здоровье человека периода зрелости проявляется в системе социального взаимодействия, продуктивной деятельности и отражается в особенностях профессионального здоровья [16].

Профессия человека не только служит его самоопределению и самоутверждению, но и образует базис для построения жизненного пути, во многом определяя судьбу. Считается, что профессиональное самоопределение проходит намного дольше во временном отношении и намного сложнее, чем выбор профессии старшеклассниками — это требует более высокого уровня осознанности и рефлексии своей личности. Социальные институты практически не направлены на развитие самопознающей способности школьников, помогающей определиться со своими наклонностями, в соответствии с ними найти сферу будущей деятельности.

И.И. Мечников (1964) связывал продолжительность жизни с профессией, отмечая, что молодость — это только подготовительный этап построения жизненной стратегии. Следует отметить, что профессия влияет не только на продолжительность жизни, но и на сохранность психических функций — геронтологи отмечают, что регрессу в старости менее подвержены те функции, которые были задействованы в профессиональной деятельности. Если профессия не соответствует направленности и возможностям человека, тогда формируется стойкая неудовлетворенность, которая, согласно исследованиям, является одним из самых значимых факторов преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и увеличения частоты травматизма и возникновения профессиональных заболеваний с повышенной частотой осложнений [19; 25].

Встает вопрос о том, можно ли выделить профессиональное здоровье из общей картины здоровья человека, ведь, по сути, оно неделимо. Профессиональное здоровье фактически есть оценка функциональных возможностей и свойств организма и психики человека, необходимых для эффективного выполнения им своих профессиональных обязанностей [7; 23]. Очевидно, что состояние общего здоровья обуславливает здоровье профессиональное и, наоборот, профессиональное здоровье может влиять на физическое, психическое и личностное здоровье. Психогигиенисты утверждают, что укреплению профессионального здоровья будет способствовать введение в профессиональную подготовку ряда направлений работы [11; 28]:

- овладение приемами распознавания и устранения последствий профессионального утомления, методами восстановления работоспособности и самовосстановления после перегрузок;
- ознакомление с симптомами неблагоприятных состояний и овладение техниками саморегуляции;
- понимание ответственности личности за свое здоровье и необходимости устранения саморазрушающего поведения;
- предупреждение профессионального старения и возможных профессиональных деформаций методами психогигиены и психопрофилактики;
- направленность личности на развитие своего творческого и интеллектуального потенциала, гармонизацию внутреннего пространства.

В зрелом возрасте трудовая деятельность оказывает самое большое влияние на здоровье человека, главным фактором в его ухудшении считается профессиональный стресс. Существуют профессии, где стресс является частью профессиональной деятельности (реаниматолог, авиадиспетчер, биржевой брокер, пожарный и т. п.), в других случаях стресс задается условиями профессиональной деятельности, к которым относятся организация, оплата, взаимоотношения и микроклимат в коллективе и другие переменные [11; 28].

Анализируя болезни адаптации у взрослого человека и их социальную детерминацию, ученые приходят к выводу, что локализация патогенных причин в одной из сфер жизнедеятельности не дает правильного понимания ситуации. Необходимо изучать весь

жизненный путь человека, выделять значимые события и условия их возникновения, динамику изменения статуса в соответствии с установками, особенности переработки трудных жизненных ситуаций, суммы жизненных изменений и их субъективную значимость в общем контексте жизни.

3.6. Закономерности старения и особенности долгожительства

Возрастные границы старения и продолжительность жизни имеют различия в разных культурах и исторических периодах. Феномен долгожительства детерминирован сочетанием различных внешних и внутренних факторов, среди которых социальное поведение иногда оказывается решающим. Идея бессмертия и вечной молодости из века в век занимала умы человечества, поэтому поиск путей борьбы со старением не уменьшается, а только усиливается со временем, ведь достижения науки открывают все новые и новые возможности.

Старением называется биологический процесс, который неизменно и закономерно проявляется во времени и приводит к изменению функциональных возможностей организма, уменьшению его адаптивных свойств и увеличению вероятности смерти. Старение имеет свои универсальные черты, которые проявляются у всех людей с возрастом, так называемое первичное старение. Существует и вторичное старение — необязательные возрастные изменения, которые проявляются не у всех людей, а только при определенном сочетании дополнительных условий. В этом случае говорится об индивидуальных профилях старения, имеющих очень высокую вариативность и большой разброс показателей. Календарный возраст людей значительно отличается от биологического возраста, что менее вариативно представлено в первой половине жизненного пути, но значительно выступает к старости в виде большого разброса переменных одного и того же показателя.

Механизмы старения пока изучены слабо и даже исследование таких редких заболеваний, как прогерия, когда пациент начинает стареть в раннем возрасте и умирает в 20 лет, и синдром Вернера, когда старение начинается в юношеском возрасте с наступлением

смерти к 40 годам, мало что проясняет в этом вопросе. Из наиболее распространенных можно выделить теорию запрограммированной смерти, теорию катастрофы, связанную с накоплением критического числа нарушений, аутоиммунную теорию или теорию ошибок иммунной системы, теорию клеточного мусора. До настоящего времени пока еще не названа основная причина старения, что приводит к необходимости решать проблему борьбы со старением не устранением причин, а использованием факторов укрепления функционального состояния организма и увеличения продолжительности активной жизни индивида [1].

Исследования П. Братберга (1996) показали, что 73 % людей в возрасте 70–80 лет страдают от различных заболеваний. Основные изменения в стареющем организме происходят на уровне тканей и клеток, что сразу сказывается на функциональных возможностях всех систем организма — сердечно-сосудистой, дыхательной, выделительной, пищеварительной. Эти изменения сказываются и на работе мозга, что отражается на результатах психической деятельности, проявляется в изменении чувствительности сенсорных систем и восприятии информации извне (она более ограничена, менее детализирована, хуже интегрирована), ухудшении свойств внимания, его концентрации и распределения [22].

В психомоторной сфере сложные виды деятельности страдают в первую очередь, поскольку они требуют сложных дифференцировок и тонкой организации мелких действий, именно поэтому письмо и речь становятся неразборчивыми. Нарастают ошибки и в двигательном поведении, проявляются замедленность, неловкость, происходит ослабление мускулатуры, сказывающееся и на мимике человека.

Угасание интеллектуальных функций выявляется прежде всего в появлении не критичности, отсутствии контроля за течением мыслей, пропадании их ясности и структурной организованности. Изменение мышления и памяти в старости является процессом противоречивым, многие исследователи склонны считать, что основными факторами этого являются не органические процессы, а социально-психологические. Так, в памяти пропадают компоненты механического запоминания, а логически-смысловой приобретает

более важное место; мышление теряет объективность, но в интеллекте появляются постформальные формы, такие как мудрость, основанная на рассудительности и жизненном опыте.

Состояние психического упадка — одна из характеристик старения (Н.Ф. Шахматов, 1996), которое проявляется в снижении психоэмоционального тонуса, энергетизации психических процессов, отсутствии воли к жизни. Эмоциональный фон настроений размыт, но аффективные реакции могут быть в слабой степени подвержены регуляторному контролю. Наличие постоянных отрицательных фоновых настроений объясняется жизненными событиями, сопровождаемыми «размыванием» возрастной когорты, утратой близких друзей и родственников, социальной изоляцией и окончанием трудовой деятельности, чувствами одиночества и невостребованности, страхами смерти, болезни, бедности. Возникновение депрессии ускоряет процессы старения, ее корни находятся в изменении временных перспектив самоосуществления своей жизни, что может порождать отчаяние, переживание своей никчемности и бесперспективности усилий. Подавленность отражается в возникновении застоя как в психических процессах, так и в органических, что резко увеличивает вероятность осложнения заболеваний и появление новых соматических проблем [25].

Деформация состояний может принимать вид старческой ипохондрии в повышенном внимании к своему здоровью, постоянных опасениях получения травмы, фиксации на соматических проявлениях. Другими трудными состояниями, приводящими к снижению общего жизненного тонуса, наиболее ярко проявляющимися в старости, являются состояния болезненной праздности и скуки, отсутствие смысловой составляющей жизнеобеспечения.

В 1925 году Х. Инженерос описал генез личности стареющего человека, идущий в обратной последовательности периода ее прогрессивного развития, в котором сначала утрачиваются высшие уровни, затем социальные, потом групповые, в самом конце индивидуальные. Существует и другая точка зрения, определяющая личность как самое устойчивое к возрастным изменениям явление, проявляющееся в старости в кристаллизации личности и заострении черт характера. Возникновение радикальных изменений в личности

обусловлено органическими процессами и болезнями, нормативно же ни социальные качества, ни нравственные характеристики личности, ни индивидуальность субъекта в старости не утрачиваются (Н.Ф. Шахматов, 1996) [22].

По мнению Г.С. Никифорова (2003) [16; 25], старение протекает неравномерно и характеризуется следующими закономерностями:

– *гетерохронностью*, разницей в начале наступления тех или иных изменений (никогда не возникает «обвала» всей системы, происходящего в одно и то же время);

– *гетеротопностью*, разницей в местах изменений одной структуры и в степени выраженности изменений (одни элементы системы поражаются, а другие остаются сохранными);

– *гетерокинетичностью*, разницей в скорости протекания изменений (даже в рамках одной системы нарастание ошибок в разных элементах ее структуры может идти с разным темпом);

– *гетерокатефтенностью*, разнонаправленностью изменений, проявляющейся в подавлении одних функций и активации других (например, в старости различные отделы психических структур могут брать на себя не свойственные им ранее функции в качестве компенсации распада функций других областей).

Таким образом, геронтогенез, то есть процесс развития старения, не является тотально инволюционным процессом обратного развития, в нем наблюдаются нелинейные явления сложной природы М.Д. Александрова (1974). Психогеронтология как часть геронтологии – науки о старении – ставит своей задачей на основе изучения изменений психики в возрастном периоде старости выделить способы стабилизации жизнедеятельности организма и увеличения активного периода в сочетании с высоким качеством жизни в заключительной фазе онтогенеза [1; 25].

Обсуждаемым остается вопрос о времени наступления возрастного периода старости, диапазон разброса временных точек отсчета колеблется в различных возрастных периодизациях от 55 до 80 лет. Существует даже метод деления людей после 65 лет на «третий» – независимый, самостоятельный, активный в старости, и «четвертый» возраст – зависимый от окружающих. В международной классификации принято выделять в геронтогенезе следующие

границы возрастных периодов: 55–74 года – пожилой возраст, 75–90 лет – старость, более 90 лет – долгожительство. Примерная средняя продолжительность жизни составляет 70 лет, биологически заданной ее границей принято считать 120 лет.

Существует связь продолжительности жизни и возрастных изменений в старости с выбранной профессией. Так, исследования А. Сови, сделанные в 1955 году, определили среднюю продолжительность жизни рабочих низкой квалификации – 53 года, квалифицированных рабочих – 63 года, служащих контор – 68 лет, преподавателей учебных заведений – 73 года. Существуют устойчивые связи между интенсивной умственной деятельностью в первой половине жизни и сохранностью интеллекта в старости, частотой выполнения моторных действий и сохранностью движений (В.В. Фролькис, 1988) [22].

Создатель теории резервных мощностей Н. Амосов считал, что ничто не меняет так организм человека в старости, как готовность стариться. Установки на определенный стереотипный облик старости, проявляющиеся в готовности меняться определенным образом и в изменении поведенческих сценариев, способны влиять на профили старения. Амосов утверждал, что теория износа не действует на человеческий организм, его теория резервных мощностей доказывает, что более сохранно в функциональном отношении то, что работает. Поэтому попытки сохранить здоровье в старости за счет резкого уменьшения нагрузок приводят к прямо противоположному результату и к преждевременному старению [4].

Говоря о действии активности на процессы старения, следует подчеркнуть, что к ней относится и деятельность психическая, в частности – творческие и интеллектуальные процессы. В тех случаях, когда есть ограничения по физическому здоровью, умственная деятельность может стать хорошей альтернативой деятельности внешней и поддерживать должный уровень тонизирования всего организма. Анализ жизненного пути многих долгожителей подтверждает тот факт, что мышление и творчество способствуют сохранению здоровья и увеличивают продолжительность жизни.

Биографический анализ жизни известных людей подтверждает данное положение. Мастерство Тициана в большей степени раскрылось в последнюю четверть его 99-летней жизни. Б. Рассел опу-

бликовал свою работу в 98 лет. Б. Шоу сохранял чувство юмора до 94 лет. Математик Б. Букреев читал лекции в Киевском университете до столетнего возраста. Кинорежиссер и фотограф Л. Рифеншталь начала заниматься подводной съемкой с аквалангом в 75 лет, подделав при этом документы, и занималась ею до 98 лет.

Основной девиз профилактики старения – «активность и умеренность» – сумел реализовать в своей жизни Поль Брэгг. Ученый, основываясь на системе собственных представлений, разработал уклад жизни, позволявший ему сохранять высокую работоспособность до 95 лет, возможно, и дольше, если бы не трагический случай. Основные правила его жизни – умеренность, естественность питания и голодания, физические нагрузки и осанка, умственная подвижность, действие природных сил, позитивное мышление, отдых и восстановление [22].

Н. Амосов также выделял основные факторы борьбы со старением, к которым относил уменьшение количества потребляемой пищи, постоянные физические нагрузки и выработку умений перерабатывать стресс [4; 29; 32].

Общепризнано, что важную роль в долголетию человека играет образ жизни, включающий высокую физическую и социальную активность, умеренность в удовлетворении витальных потребностей, включенность в различные виды деятельности и продуктивный труд. Программы профилактики преждевременного старения также включают расширение круга социальных контактов (включенность во взаимодействие с другими людьми, установление эмоциональных и личностных контактов при групповом взаимодействии) и обучение психофизической релаксации, во время которой не просто происходит снятие излишнего психоэмоционального избыточного напряжения, возникающего под действием эмоциогенных воздействий, но и запускаются восстановительные процессы организма и стабилизируются фоновые состояния, что приводит к субъективным ощущениям благополучия и равновесия.

Отношение к жизни и самому себе определяет продолжительность и наполненность жизненного пути. Изучение психологических портретов долгожителей дает понимание факторов предупреждения неблагоприятных последствий возрастных изменений (Г.С. Никифоров, 2002) [25].

Долгожителей отличают черты жизнелюбия и оптимизма, уравновешенности и открытости социальным контактам, им свойственны самоуважение в сочетании с юмором в оценивании собственного «Я» и терпимость к другим, они активны и деятельны, охотно оказывают помощь, избегают отрицательных эмоций и ситуаций чрезмерного напряжения, для них характерно философское отношение к жизни и смерти. Образ жизни долгожителей лишен крайностей во всем.

Исследование Стивена П. Джюэтта, проведенное в США среди здоровых американцев старше 87 лет, показало, что далеко не все из них строго придерживались здорового образа жизни (многие всю жизнь курили и умеренно употребляли алкоголь), но всех их отличало умение радоваться простым вещам, дружелюбие, юмор в преодолении жизненных трудностей, разнообразный жизненный опыт и высокая приспособляемость. Очевидно, что определенные качества психического и личностного здоровья преобладают над усиленной заботой о собственном теле в отношении долгой и активной жизни [22].

Вопросы к разделу

1. Каким образом перинатальный период развития влияет на здоровье человека?
2. Что такое гестационная доминанта и как она влияет на отношение к ребенку?
3. Какие признаки свидетельствуют о формировании гармоничного типа привязанности матери к ребенку в постнатальный период?
4. В чем выражаются младенческая и анаклитическая депрессии?
5. По каким показателям качества жизни можно оценивать состояние здоровья детей раннего возраста?
6. Что включают программы ранней помощи и каково их назначение?
7. Что является основными факторами нарушения психического здоровья в дошкольном возрасте при условии нормального развития в младенчестве и раннем детстве?
8. Каковы последствия альтерации онтогенеза?
9. Как формируется здоровьесберегающее поведение дошкольника?
10. Каковы причины роста заболеваний школьников в различные возрастные периоды?

11. Какие группы здоровья требуют вмешательства психолога для коррекции ресурсов организма школьника?
12. Какие существуют акцентуированные типы учащихся и как акцентуации влияют на здоровье?
13. В чем причины суицидального поведения школьников?
14. Как меняется образ жизни и какие факторы влияют на здоровье молодых людей после окончания школы?
15. Какие поведенческие типы молодежи в меньшей степени способствуют сохранению здоровья?
16. Что такое кризис gratification?
17. В чем специфика экзаменационного стресса и каковы меры предупреждения его отрицательных последствий?
18. Каковы основные показатели здоровья в зрелом возрасте?
19. Как профессиональное здоровье связано с общим здоровьем человека?
20. Какие теоретические подходы к определению здоровья личности вы знаете?
21. Какова социальная детерминация болезней адаптации в зрелом возрасте?
22. Как с научных позиций объясняются факторы старения организма?
23. Чем объясняется неравномерность изменений в стареющем организме?
24. Что входит в программы профилактики старения в качестве основных направлений работы психолога?
25. Что в психологическом портрете долгожителей может быть взято за основу мер психогигиены и психопрофилактики?

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Айдаркин, Е.К. Возрастные основы здоровья и здоровьесберегающие образовательные технологии [Электронный ресурс] / Е.К. Айдаркин, Л.Н. Иваницкая. – Ростов н/Д : Южный федеральный университет, 2008. – 176 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/47035>. – ЭБС «IPRbooks».
2. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – СПб. : Питер, 2002. – 288 с.
3. Ананьев, В.А. Введение в психологию здоровья : учебное пособие / В.А. Ананьев. – СПб. : Изд-во БПА, 1998. – 148 с.
4. Ананьев, В.А. Основы психологии здоровья. Кн. 1. Концептуальные основы психологии здоровья / В.А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2006. – 384 с.
5. Ананьев, В.А. Практикум по психологии здоровья : методическое пособие по первичной и неспецифической профилактике / В.А. Ананьев. – СПб. : Речь, 2007. – 320 с.
6. Бовина, И.Б. Социальная психология здоровья и болезни : монография [Электронный ресурс] / И.Б. Бовина. – М. : Аспект Пресс, 2008. – 264 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/8864>. – ЭБС «IPRbooks».
7. Бойко, О.В. Охрана психического здоровья : учебное пособие / О.В. Бойко. – М. : Академия, 2004. – 268 с.
8. Бурлачук, Л.Ф. Психодиагностика : учебник для студентов вузов / Л.Ф. Бурлачук. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2012. – 378 с. – (Учебник для вузов).
9. Васильева, О.С. Психология здоровья. Феномен здоровья в культуре, психологической науке и обыденном сознании / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – Ростов н/Д : Мини Тайп, 2005. – 480 с.
10. Васильева, О.С. Психология и культура здоровья. Базовые понятия, концепции и подходы [Электронный ресурс] / О.С. Васильева, Ф.Р. Филатов. – Ростов н/Д : Южный федеральный университет, 2011. – 176 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/47105>. – ЭБС «IPRbooks».
11. Водопьянова, Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб. : Питер, 2009. – 336 с.

12. Волков, Б.С. Методология и методы психологического исследования : учебное пособие для вузов [Электронный ресурс] / Б.С. Волков, Н.В. Волкова, А.В. Губанов. – М. : Академический Проект, 2015. – 383 с.
13. Гарусев, А.В. Основные методы сбора данных в психологии : учебное пособие [Электронный ресурс] / А.В. Гарусев, Е.М. Дубовская, В.Е. Дубровский. – М. : Аспект Пресс, 2012. – 158 с.
14. Гордеев, В. Методы исследования развития ребенка: качество жизни (QOL) – новый инструмент оценки развития детей / В. Гордеев, Ю. Александрович. – СПб. : Речь, 2001. – 210 с.
15. Гурвич, И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
16. Здоровая личность / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2013. – 400 с.
17. Здоровая личность: материалы международной научно-практической конференции 21–22 июня 2012 года [Электронный ресурс] / Л.И. Августова [и др.]. – СПб. : Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2012. – 167 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/22979>. – ЭБС «IPRbooks».
18. Зейгарник, Б.В. Очерки по психологии аномального развития личности / Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь. – М. : Изд-во МГУ, 1980. – 157 с.
19. Куликов, Л.В. Психогигиена личности: основные понятия и проблемы : учебное пособие / Л.В. Куликов. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 2000. – 144 с.
20. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей / В.В. Лебединский. – М. : Изд-во МГУ, 1985. – 267 с.
21. Мактамкулова, Г.А. Основы психического здоровья : курс лекций [Электронный ресурс] / Г.А. Мактамкулова. – Липецк : Липецкий государственный технический университет, ЭБС АСВ, 2012. – 108 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/22905>. – ЭБС «IPRbooks».
22. Никифоров, Г.С. Психология здоровья : учебное пособие / Г.С. Никифоров. – СПб. : Речь, 2002. – 256 с.

23. Панкратов, В.Н. Саморегуляция психического здоровья : практическое руководство / В.Н. Панкратов. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2001. – 339 с.
24. Пахальян, В.Э. Развитие и психическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст / В.Э. Пахальян. – СПб. : Питер, 2006. – 240 с.
25. Психология здоровья : учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2003. – 607 с.
26. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Питер, 2005. – 351 с.
27. Практическая психология образования / под ред. И.В. Дубровиной. – М. : Просвещение, 1997. – 592 с.
28. Психология профессионального здоровья : учебное пособие / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.
29. Секач, М.Ф. Психология здоровья : учебное пособие для высшей школы [Электронный ресурс] / М.Ф. Секач. – М. : Академический Проект, 2015. – 192 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/36750>. – ЭБС «IPRbooks».
30. Семаго, Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст / Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. – СПб. : Речь, 2005. – 384 с.
31. Симаева, И.Н. Охрана здоровья и образование. Институциональный подход : монография. Ч. 1 [Электронный ресурс] / И.Н. Симаева, А.В. Алимпиева. – Калининград : Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта, 2010. – 110 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/23901>. – ЭБС «IPRbooks».
32. Фролова, Ю.Г. Психология здоровья : пособие [Электронный ресурс] / Ю.Г. Фролова. – Минск : Высшая школа, 2014. – 256 с. – Режим доступа : <http://www.iprbookshop.ru/35533>. – ЭБС «IPRbooks».
33. Школа и психическое здоровье / под ред. С.М. Громбаха. – М. : Медицина, 1988. – 272 с.

ГЛОССАРИЙ

Адаптация – приспособление саморегулирующейся системы к изменяющимся условиям среды.

Акцентуация (характера) – крайний вариант нормы характера, граничащий с психопатиями: повышенная уязвимость личности в отношении психотравмирующих факторов.

Алекситимия – неспособность использовать язык для описания эмоционального опыта.

Альтерация онтогенеза – непроявленное нарушение свойств и взаимосвязей психической системы как результат сильного напряжения развития в определенный возрастной период.

Антипационный копинг – стратегия накопления ресурсов до того, когда возникнет действие стресс-фактора.

Аутогенная тренировка – система приемов психического самовоздействия, обучающая управлению некоторыми вегетативными функциями и психическими процессами.

Аффилиация – потребность в общении, эмоционально теплых отношениях, проявляется в стремлении взаимодействовать с окружающими, оказывать помощь и принимать ее от других.

Биологическая обратная связь – метод саморегуляции, в основу которого положены различные инструментальные приемы реализации обратной связи, которые позволяют обучиться сознательному контролю и произвольному воздействию на ряд исходно неощущаемых и несознаваемых процессов (функций) в организме.

Внутренняя картина здоровья – особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активно-позитивном стремлении к его совершенствованию.

Гармония личности – это правильное соотношение между основными сторонами бытия личности: объемом пространства личности, скоростью времени и уровнем энергии.

Геронтогенез – становление старости, запрограммированный естественным отбором период онтогенеза, за которым следует смерть.

Геронтология – это наука о старении, старости и долголетию человека.

Гомеостаз — способность сохранять постоянство своего внутреннего состояния посредством скоординированных реакций, направленных на поддержание динамического равновесия.

Дизонтогенез — нарушение развития психики в определенный возрастной период, проявляющееся в отклонениях нормального развития различных сфер психики, сроках и темпах изменений.

Здоровье — отсутствие физических и психических дефектов, а также полное физическое, душевное и социальное благополучие.

Здоровый образ жизни — концентрированное выражение взаимосвязи образа жизни и здоровья человека; интеграция факторов, способствующих выполнению своих функций в оптимальных для здоровья и развития условиях.

Идеомоторный акт — процессы, рождающиеся в виде мысленных представлений, идей и реализующиеся в моторике, в движении соответствующих групп мышц.

Идеомоторная тренировка — планомерно повторяемое, сознательное, активное представление и ощущение осваиваемого навыка.

Качество жизни — субъективная удовлетворенность, выражаемая или испытываемая индивидуумом в физических, метальных и социальных ситуациях, в том числе при наличии каких-либо дефицитов, способность устанавливать разнообразные отношения с окружающим миром и получать от этого удовольствие, является показателем психологического благополучия.

Копинг — поведение человека, направленное на преодоление стрессовой ситуации.

Медитация — техника мыслительных действий, целью которых является достижение особого состояния глубокой погруженности в физическое и психическое успокоение, с сохранением способности к сосредоточенным размышлениям и оперированию образами на заранее заданную тему.

Нормоцентризм — характерный для традиционной медицины и психиатрии подход, согласно которому здоровье индивида определяется степенью соответствия его индивидуальных особенностей нормам функционирования и поведения, характеризующим определенную популяцию или культурную группу.

Образ жизни — тип жизнедеятельности человека, характеризующийся особенностями повседневной жизни человека, его труда,

быта, форм использования свободного времени, способов удовлетворения материальных и духовных потребностей, участия в общественной жизни, соблюдения социальных норм и правил.

Отношение к здоровью — система индивидуальных избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или угрожающими здоровью; оценка индивидом своего физического и психического состояния.

Патопсихология — наука о нарушениях психической деятельности в результате мозговых заболеваний.

Психология здоровья — наука о психологических причинах здоровья, методах и средствах его сохранения, укрепления и развития.

Поддерживающие диспозиции — это личностные конструкты, связанные с индивидуальными возможностями реагирования на трудности в оптимистической или пессимистической манере.

Профессиональная адаптация — процесс становления (восстановления) и поддержания динамического равновесия в системе «субъект труда — профессиональная среда».

Профессиональное здоровье — это определенный уровень характеристик здоровья специалиста, отвечающий требованиям профессиональной деятельности и обеспечивающий ее высокую эффективность.

Психическая десенсибилизация — метод саморегуляции, направленный на уменьшение или ликвидацию неприятных чувств, тех или иных отрицательных эмоций, заключающийся в поэтапном снижении чувствительности.

Психическая саморегуляция — сознательное и направленное воздействие человека на присущие ему психические явления, деятельность и поведение с целью поддержания (изменения) характера их функционирования.

Психологическая устойчивость — качество личности, отдельными аспектами которого являются уравновешенность, стабильность и сопротивляемость, позволяющие противостоять жизненным трудностям и сохранять здоровье и работоспособность в неблагоприятных обстоятельствах.

Психологический возраст — характеристика человека, которая измеряется согласно его внутренней системе отсчета времени, является фактором здоровья, может расширять или сужать временное пространство жизни.

Психологическое (личностное) здоровье — сбалансированность рефлексивных, эмоциональных, интеллектуальных, коммуникативных и поведенческих аспектов в поддержании равновесия между личностью и средой, адекватной регуляции поведения и деятельности человека, способности противостоять жизненным трудностям без отрицательных последствий.

Работоспособность — возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени.

Резервы адаптации организма — изменения функциональной активности органов и систем органов, которые вносят вклад в достижение приспособительного результата.

Ресурсы (психические) — вспомогательное средство, используемое в особых случаях для получения желаемого результата; внутренние и внешние переменные, способствующие психологической устойчивости в стрессогенных ситуациях; мотивационные, волевые, когнитивные и поведенческие возможности, которые человек актуализирует для адаптации к трудным жизненным событиям.

Самовнушение — сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости — его реализацию.

Самосохранительное поведение — часть образа жизни, при котором люди способны предвидеть проблему, мобилизоваться, чтобы встретить ее и активно решить.

Социальная поддержка — фактор здоровья человека; процесс, посредством которого социальный контекст влияет на индивида.

Старение — неизбежно и закономерно нарастающий во времени, развивающийся задолго до старости многозвеньевой биологический процесс, неизбежно ведущий к сокращению приспособительных возможностей организма, увеличению вероятности смерти.

Стиль жизни — поведенческая особенность человека, способ реализации стандартов жизнедеятельности.

Стрессоустойчивость — это совокупность личностных качеств, позволяющих человеку переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной деятельности, без особых вредных последствий для деятельности, окружающих и своего здоровья.

Уровень жизни – степень удовлетворения материальных, культурных, духовных потребностей.

Физическое здоровье – состояние организма человека, характеризующееся возможностями адаптироваться к различным факторам среды обитания, уровнем физического развития, физической и функциональной подготовленностью к выполнению физических нагрузок.

Функциональные резервы – возможность изменения активности для достижения результата деятельности в условиях физических и психоэмоциональных нагрузок, препятствующих действиям среды.

Экзогенный – возникший под влиянием каких-либо внешних факторов, вызванный внешней по отношению к субъекту причиной.

Эндогенный – возникший в результате внутренней предрасположенности или причин. Применительно к болезни – вызванный внутренними нарушениями (дисфункциями) и патогенными процессами организма и психики.