**СОДЕРЖАНИЕ:**

Введение проблем……………………………………....2-3

1. Понятие психологии здоровья………………………4-5

2. Возрастные особенности……………………………6-11

3. Проблемы диагностики……………………………12-16

4. Психология здоровья в подростковом возрасте…17-19

Заключение……………………………………………20-21

Список использованной литературы………………...22-23

**Введение**

Психология здоровья сейчас только начинает развиваться.

1. Первым обратил внимание на психологию здоровья Бехтерев. Он говорил, что важное и самое главное условие развития личности – это природа организма, наследие и те антропологические особенности, которые составляют почву для развития личности.
2. Следующий фактор связан с условиями зачатия и развития человеческого организма. Неблагоприятный фактор, условие зачатия личности влекут за собой дегенеративные особенности потомства (плохая наследственность, болезнь матери во время беременности и во время зачатия). Всё это влияет на то, что организм ребёнка является уязвимым и развивается очень слабо. Если не обеспечить достаточно правильного питания, то нарушается процесс полноценного развития.
3. Экономические условия оказывают влияние на личность.
4. алкоголизм несёт реальную угрозу для нашей нации.
5. Трудолюбивая, умеренная жизнь. Надо вести здоровый образ жизни.[[1]](#footnote-1)

Психология здоровья – это комплекс специфических образовательных, научных и профессиональных вкладов психологии как научной дисциплины по укреплению и поддержанию здоровья, предотвращению и лечению болезней, идентификации этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций, а также по анализу и улучшению систем здравоохранения и формирование стратегии (политики) здоровья.

Психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до его смерти.[[2]](#footnote-2)

Основные задачи, которые входят в сферу интересов психологии здоровья.

* Определение базисных понятий психологии здоровья;
* Исследование и систематизация критериев психологического и социального здоровья;
* Методы диагностики и самооценки психического и социального здоровья;
* Факторы ЗОЖ (формирование, сохранение и укрепление здоровья).
* Психологические методы мотивирования к здоровью;
* Психологические механизмы здорового поведения;
* Профилактика психических и психосоматических заболеваний и т.д. [[3]](#footnote-3)

1. **Понятие психологии здоровья**

Психология здоровья как понятие имеет двоякий смысл:

* + Психология здоровья как проблема, аспект научной и практической деятельности клинических психологов, направленной на охрану и укрепление здоровья населения. Разнообразие задач: профилактических, лечебных, реабилитационных, консультативных.
  + Психология здоровья как психологическая культура человека, психология здорового образа жизни. Роль общества и качества жизни. Индивидуальная ответственность человека за свое здоровье.[[4]](#footnote-4)

Психология здоровья – это комплекс специфических образовательных, научных и профессиональных вкладов психологии как научной дисциплины по укреплению и поддержанию здоровья, предотвращению и лечению болезней, идентификации этиологических и диагностических коррелятов здоровья, болезни и связанных с ней дисфункций, а также по анализу и улучшению систем здравоохранения и формирование стратегии (политики) здоровья.

Психология здоровья включает в себя практику поддержания здоровья человека от его зачатия до его смерти.[[5]](#footnote-5)

Основные задачи, которые входят в сферу интересов психологии здоровья.

* + базисных понятий психологии здоровья;
  + Исследование и систематизация критериев психологического и социального здоровья;
  + Методы диагностики и самооценки психического и социального здоровья;
  + Факторы ЗОЖ (формирование, сохранение и укрепление здоровья).
  + Психологические методы мотивирования к здоровью;
  + Психологические механизмы здорового поведения;

Профилактика психических и психосоматических заболеваний и т.д.[[6]](#footnote-6)

2. Возрастные особенности

*ВОЗРАСТНАЯ ОСОБЕННОСТЬ* в психологии здоровья – специфические свойства личности индивида, его психики, закономерно изменяющиеся в ходе смены возрастных стадий развития (возраст). Характеристика их основана на выявлении психологического содержания процесса развития познавательных способностей и формирования личности на последовательных возрастных этапах онтогенеза. Особенности возрастные образуют определенный комплекс многообразных свойств, включая познавательные мотивационные, эмоциональные, перцептивные и другие характеристики индивида.

В отличие от широко варьирующихся индивидуальных особенностей, возрастные изменения отражают такие преобразования, что происходят в психике большинства представителей данной культуры или субкультуры при сравнительно одинаковых социально-экономических условиях. Особенности возрастные не проявляются в чистом виде и не имеют абсолютного и неизменного характера; на них влияют культурно-исторические, этнические и социально-экономических факторы.[[7]](#footnote-7)

Примером влияния конкретной исторической ситуации на особенности возрастные служат различия психологических, личностных качеств у людей разных, даже близких поколений (анализ когортный). Индивидуально-психологические свойства, включая темп развития личности, также могут накладывать существенный отпечаток на особенности возрастные.[[8]](#footnote-8)

Особое значение имеет учет особенностей возрастных при обучении и воспитании. Развивающий эффект обучения прямо зависит от степени его соответствия психологическим особенностям учащихся. С другой стороны, сами возрастные возможности усвоения знаний существенно расширяются при оптимизации содержания и методов учебно-воспитательного процесса.

ОСТАТОК ДНЕВНОЙ – от дневных впечатлений, ставших поводом к образованию сновидения.

ОСЯЗАНИЕ АКТИВНОЕ – способ формирования образа осязательного некоего предмета путем его преднамеренного ощупывания. При этом ведущую роль играют ощущения кинестетические.

ОСЯЗАНИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ – процесс формирования образу осязательного некоего предмета с помощью вспомогательных орудий» когда тактильные сигналы передаются к руке от ощупываемого предмета через это орудие.

ОСЯЗАНИЕ ПАССИВНОЕ – процесс формирования образа осязательного некоего предмета в результате перемещения его относительно неподвижной руки или пальцев Здесь одну из ведущих ролей играют ощущения тактильные.

ОТБОР – выделение чего-либо, кого-либо из некоей среды, общего числа, из некоего множества на основе некоих критериев, признаков.

ОТБОР ЕСТЕСТВЕННЫЙ – концепция Ч. Дарвина, согласно коей особи, наименее приспособленные для выживания в данных условиях, вымирают или истребляются и тем самым устраняются, уступая место более приспособленным, передающим свои признаки потомству.

ОТБОР ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ – разновидность отбора психологического – принятие кадровых решений на основе изучения и прогностической оценки пригодности людей к овладению профессией, к выполнению профессиональных обязанностей и достижению нужного уровня мастерства. [[9]](#footnote-9)Представляет собой систему средств, обеспечивающих прогностическую оценку взаимосоответствия человека и профессии в тех видах деятельности, что ведутся в нормативно заданных опасных условиях (гигиенических, микроклиматических, технических, социально-психологических), требующих повышенной ответственности, здоровья, работоспособности и точности исполнения заданий, устойчивости эмоционально-волевой регуляции.

Отбор профессиональный производится при комплексном использовании ряда критериев: медицинских, физиологических, педагогических и психологических. Его основа – конкретные нормативные характеристики профессии, позволяющие врачам, психологам, физиологам подбирать, разрабатывать и адаптировать методы и процедуры отбора и проводить диагностику на соответствие конкретной профессиональной деятельности:

1) социальные – функции, задачи, цели;

2) операциональные – точность исполнения и временные, пространственные, логические характеристики;

3) организационные – гигиенические, социально-психологические, психофизиологические условия труда.

При использовании психологических критериев проводятся следующие мероприятия:

1)психодиагностика;

2) построение прогноза успешности деятельности в данной профессиональной области;

3) проверка прогноза по реальной эффективности выполнения профессиональной деятельности. При использовании методик диагностических нужно получить информацию об ориентациях ценностных личности, мотивационной составляющей профессионального выбора, чертах личностных.[[10]](#footnote-10)

Процесс отбора профессионального может проводиться комплексом тестов аппаратурных, бланковых и опросных, а также с помощью эксперимента имитационного, воспроизводящего фрагменты, ситуации и этапы реальной деятельности профессиональной, при строгой регистрации визуально наблюдаемых и фиксируемых показателей функционального состояния человека, мотивационно-эмоциональных проявлений, показателей продуктивности и успешности его работы.

ОТБОР ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ – принятие решения о пригодности кандидатов к учебной или профессиональной деятельности с учетом результатов психологических и психофизиологических испытаний. Применяется в управлении, промышленности, авиации, армии, спорте, при комплектации некоих учебных заведений. Ему предшествует определение требований к кандидатам на базе психологического анализа предстоящей деятельности, а затем – подбор соответственных диагностических методик. Валидность этих методик проверяется на репрезентативной выборке.[[11]](#footnote-11)

При этом различаются два типа учебных и профессиональных деятельностей:

1) тип первый – обусловливает требования индивидуально-психологических особенностей, почти не поддающихся развитию (например, требования к сохранению устойчивой и длительной работоспособности, необходимые для деятельности диспетчера, хирурга и пр.); психофизиологическим коррелятом этой особенности считается наличие определенных свойств системы нервной; здесь безусловно показан отбор психологический или профессиональный;

2) тип второй – обусловливает требования, коим может удовлетворить каждый психически нормальный человек, поэтому надобность в отборе психологическом возникает, когда период предстоящей деятельности относительно невелик – около 2-10 лет (служба в армии, спорт и пр.); в большинстве случаев этот срок недостаточен для развития нужных качеств, поэтому предпочтение отдается кандидатам с подходящим к моменту испытаний уровнем развития требуемых индивидуальных особенностей.

Как бы тщательно ни подготовлялся отбор психологический, достижение кандидатами успеха в деятельности зависит от наличия у них положительной мотивации, для выявления коей обычно применяются опросники и другие подобные методики. При любом изменении содержания деятельности программа отбора пересматривается. Вместе с отборов психологическим, как правило, проводится отбор по медицинским и физиологическим показателям, по образовательному цензу, по опыту работы, и пр. Решение о пригодности принимается по совокупности всех данных.

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ – реализуемый в разных формах контроль над деятельностью субъекта с позиции выполнения им принятых норм и правил. Различаются внешние формы контроля, обеспечивающие возложение ответственности за результаты его деятельности (подотчетность, наказуемость и пр.), и внутренние формы саморегуляции его деятельности (чувство ответственности, чувство долга).

Ответственность личности перед обществом характеризуется сознательным соблюдением моральных принципов и правовых норм. Ответственность как черта личности формируется в ходе деятельности совместной как результат интериоризации социальных ценностей, норм и правил.

В работах отечественных психологов подчеркивается, что существенное влияние на принятие ответственности за успех или неудачу в деятельности совместной оказывают уровень развития группы и ее сплоченность (-> развитие групповое: уровень; сплоченность групповая), близость ценностных ориентации, идентификация эмоциональная; доказывается принципиальная возможность целенаправленного влияния на формирование у членов коллектива самокритичной и адекватной оценки степени личной ответственности за общее дело.

ОТКАЗ – факт (индикатор), свидетельствующий, что какое-то влечение не может быть удовлетворено (=> запрет; лишение).

ОТКАЗ ВЫНУЖДЕННЫЙ – акт и переживание отказа от удовлетворения влечений, порождаемые неблагоприятными внутрипсихическими или внешними обстоятельствами, или же их комбинацией.

ОТКАЗ ВЫНУЖДЕННЫЙ РЕАЛЬНЫЙ – собирательное понятие, означающее разнообразные негативные условия и факторы, содействующие появлению заболевания. К ним могут относиться: недостаток любви в жизни, материальный недостаток, семейные раздоры, несчастливое супружество, неблагоприятные социальные условия, строгость нравственных требований к личности.

ОТНОШЕНИЕ – субъективная сторона отражения действительности, результат взаимодействия человека со средой. В психологии – в самом общем виде – взаиморасположение объектов и их свойств. Отношение может наличествовать как между меняющимися объектами, явлениями и свойствами (например, любой закон как сущностное отношение между явлениями), так и в случае выделенного неизменного объекта в его связях с другими объектами, явлениями и свойствами (например, отношение субъекта.

**3. Проблема диагностики**

В рамках программы "Здоровое поколение" в 2004 году в кабинете психотерапии проводилось диспансерное обследование и наблюдение подростков 1992 - 1993 гг. рождения. Это новое направление в работе кабинета обусловлено всё возрастающей социальной напряжённостью, увеличением количества психопатологических проявлений у населения, в том числе и у подростков. Цель данной работы - выявление группы риска и проведение психопрофилактических мероприятий, адаптирующих подростков к обстановке. Работа проводилась совместно с подростковым отделением по следующему плану: психодиагностическое тестирование (тест СМОЛ), результаты которого подросток обсуждал с психологом. При необходимости психолог направлял подростка к психотерапевту для проведения психокоррекции и назначения медикаментозной терапии. Повторное посещение психотерапевта и проведение контрольного тестирования проводилось в сроки от 1 месяца до полугода. Следует отметить, что в период наблюдения за подростком активное участие в работе принимали родители, чаще матери, с которыми проводилась семейная психотерапия.[[12]](#footnote-12)

В 2004 г. обследовано 92 подростка. Данные клинического и психологического обследований позволили выделить следующие группы:

а) с нормальной психологической реакцией - 50 подростков;

б) с расстройствами приспособительных реакций, которые проявлялись беспокойством, напряжённостью, повышенной утомляемостью, ощущением неспособности справиться с ситуацией, симптомами вегетативной дисфункции, нарушениями сна, - 34 подростка;

в) с расстройством адаптации и наличием более выраженных депрессивных нарушений - 5 подростков;

г) с психоорганическим синдромом - 3 подростка.[[13]](#footnote-13)

Расстройство приспособительных реакций всегда было связано с психотравмирующим фактором и расценивалось нами как неврастеническое состояние (шифр F-48.0 по МКБ -10). Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией в этой группе были гастродуоденит с гиперсекрецией желудочного сока и аллергические заболевания (поллиноз, аллергический дерматит, бронхиальная астма).

Проведение психокоррекции, назначение метаболической терапии (глицин, ноотропил, пантогам), витаминотерапии, седативной фитотерапии (нервофлюкс, персен, новопассит) в комплексе с физиотерапевтическими процедурами и лечебной гимнастикой давали положительную динамику как в клинике, так и по данным повторного психологического обследования.

Так, например, пациент С. 1982 г.р., и/б 11800, обратился в марте 1999 года с жалобами на раздражительность, утомляемость, неустойчивый сон. Своё состояние связывал с интенсивной интеллектуальной нагрузкой (занятия в школе, подготовительные курсы). Анамнез - не отягощен, наблюдался аллергологом с диагнозом бронхиальная астма.

Психологическое тестирование - в границах нормы, однако в клинической картине выражена тревожная симптоматика, эмоционально вегетативная неустойчивость и сниженная активность. Проведены психокоррекция, семейная психотерапия, назначены: глицин 300 мг в сутки, берокка, контрастный душ. Через неделю - повторная психокоррекция, семейная психотерапия.

Динамическое наблюдение и повторное тестирование, проведённые через два месяца, выявили, что жалоб у подростка нет, считает, что за истекший период "стал самим собой", выше фон настроения, более устойчив к психологическим нагрузкам.

Тестирование указывало на положительную динамику: уменьшилась тревожность и эмоциональная лабильность, улучшилось настроение. Вместе с тем повысилась импульсивность, неудовлетворённость ситуацией домашней гиперопёки.

Пациент приглашен для дальнейшей работы.

Пациенты с расстройством адаптаций и наличием более выраженных депрессивных нарушений жаловались на падение активности, работоспособности, снижение способности радоваться, нарушение сна, похудание. Выявлялась заниженная самооценка и неуверенность в себе. Развитие подобных состояний сопровождалось как психотравмирующей ситуацией, так и наличием соматической патологии. Сопутствующими заболеваниями у 2-х подростков был гепатит С, у 2-х - гастродуоденит с гиперсекрецией желудочного сока, у 1 - ювенильная струма. Подобное состояние расценивалось нами как депрессивная реакция (шифр F-320 и321 МКБ-10), что подтверждалось данными психологического тестирования. Проводились повторная психокоррекция, семейная психотерапия, назначались препараты, улучшающие метаболизм клеток мозга в сочетании с вегетотропными нейролептиками, витаминотерапией, массажем воротниковой зоны, лечебной гимнастикой. Наблюдение за подростками и динамическое психодиагностическое тестирование проводились через две недели и продолжались в течение нескольких месяцев.

Психологическое тестирование указывало на выраженную депрессивную симптоматику с ярким соматическим компонентом. Отреагирование эмоций жестоко подавлялось, что увеличивало риск психосоматических нарушений. Проводились повторная психокоррекция, семейная психотерапия, назначались эглонил по 50 мг в сутки, глицин 200 мг всутки, витрум.[[14]](#footnote-14) Лекарственная терапия - в течение 1 месяца. В последующие месяцы - витаминотерапия, глицин по 300 мг в сутки.

Динамическое наблюдение выявило положительную динамику в психическом статусе: выше фон настроения, менее напряжен, более свободен в общении с окружающими. Это подтверждалось и данными повторного тестирования: шкалы невротической триады (1,2,3) проделали существенную положительную динамику, особенно шкала депрессии (2). Выраженная депрессивная симптоматика блокировала самопроявление. Снижение показателей этой шкалы указывает на большую раскрепощенность в поведении, возможность быть более уверенным в отстаивании своих позиций, что подтверждается подъемом показателей шкалы самовыражения (4) и увеличением способности к межличностному общению(8). При снижении депрессивной симптоматики становится менее выраженной соматизация эмоционального напряжения, что подтверждается клиникой и снижением шкалы ипохондрии (1). Эти данные указывают, что ведущими в картине заболевания были депрессивные проявления, формирующие как психическую, так и соматическую картины заболевания. Обращает на себя внимание то, что за время наблюдения за пациентом не было обострений и хронического гастродуоденита. Работа с пациентом продолжается и в настоящее время.

Пациенты с психоорганическим синдромом постоянно наблюдались подростковым психоневрологом.[[15]](#footnote-15)

Проделанная работа свидетельствует о практической значимости психопрофилактических осмотров подростков и позволяет выдвинуть предложение о включении их в программу ежегодной диспансеризации.

Особое внимание следует уделить сопутствующей патологии. Проведение комплексных профилактических мероприятий, возможно, позволит снизить риск возникновения соматических заболеваний и их обострений.

Психокоррекция приводит к новым направлениям в мышлении и деятельности человека, новым установкам и формам поведения, а в сочетании с традиционной терапией может повысить эффективность лечения, сократить сроки применения лекарственной терапии и, возможно, снизить используемые ранее дозы лекарственных препаратов.[[16]](#footnote-16)

**4. Психология здоровья в подростковом возрасте**

Термин “психическое здоровье” был введен ВОЗ в 1979г. Эксперты ВОЗ определили психическое здоровье как определенный резерв сил человека, благодаря которому он может преодолевать неожиданные стрессы или затруднения, возникающие в исключительных обстоятельствах. ВОЗ дает также и другое определение: психическое здоровье-состояние, способствующее наиболее полному физическому, умственному и эмоциональному развитию человека[[17]](#footnote-17)

Психическое здоровье включает в себя высокое сознание, развитое мышление, большую внутреннюю моральную силу, побуждающую к созидательной деятельности и т.д. На сегодняшний день существует много определений термина “ психическое здоровье”. Нам ближе точка зрения, согласно которой психическое здоровье - это состояние равновесия различных психических свойств и процессов, умение ими владеть, адекватно использовать и развивать, это позволяет человеку гармонично функционировать в социуме.

Проблема психического здоровья привлекала и привлекает многих исследователей из самых разных областей науки и практики, поэтому изучение факторов, влияющих на психическое и общее здоровье детей и подростков, является одной из актуальнейших проблем современности. Глубокая и точная диагностика факторов  влияющих на психическое здоровье детей и подростков на сегодня помогает определить наиболее целесообразный путь их позитивного изменения, выбрать оптимальные методы, эффективные технологии воздействия, обеспечить дифференцированный и индивидуальный подход к различным категориям несовершеннолетних и семьям, влияющим на психическое здоровье детей и подростков.

Данные выборочного изучения  детей и подростков из более ста семей учащихся школы - интернат показали, что у 55 % детей и подростков психическое здоровье зависит от условий и образа жизни семьи, у 25% - от воспитания, у 15%- от генных особенностей и лишь у 5% - от деятельности учреждений здравоохранения.

Изучение причин, вызывающих отклонение от психического здоровья показывает, что у 98% воспитанников наблюдалась дисгармония в семейных отношениях. Очень часто ссоры между родителями воспринимаются ребенком как тревожное событие, ситуация опасности. Такие конфликты вызывают у детей постоянное чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоциональное напряжение. Особенно тяжелыми бывают последствия, когда взрослые вовлекают ребенка в свои сложные взаимоотношения и длительные конфликты, что делает бракоразводный процесс бесконечно долгим. Родители просто живут рядом, не испытывая друг к другу позитивных чувств и эмоций. Дети наблюдают эти ситуации и вынуждены принимать позицию матери или отца. Поэтому для их психики создается невыносимая ситуация, когда один из родителей порочит другого, стремится вызвать его осуждение.

В 100 % семей наблюдается дисгармония в сфере детско-родительских отношений, выражающаяся: 45% - эмоциональном отвержением ребенка - неприятие, присутствие жестких регламентирующих и контролирующих мер, навязывание ребенку определенного типа поведения в соответствии с родительскими понятиями о “хороших детях”; 25% - гипоопеке, в равнодушии, попустительстве и отсутствие контроля со стороны родителей, недостатке ласки, теплоты постоянного общения.[[18]](#footnote-18) Приобретенные таким ребенком знания весьма хаотичны и непоследовательны, речевой запас беден, нравственные принципы не стойки, недостаток знаний и навыков, скупость духовных запросов, отсутствие трудовых навыков приводят весьма рано к нарушениям поведения. Не обучившись сдерживать свои чувства, такой ребенок по малейшему поводу может вспылить, проявить недовольство, устраивает шумные скандалы, жестоко избивая своих “недругов”; 8%- гиперсоциализирующее - тревожно-мнительное отношение родителей к здоровью, успехам в обучении своего ребенка, его статусу среди сверстников, а также чрезмерной озабоченности его будущим; 5% - эгоцентрическое - чрезмерное внимание к ребенку всех членов семьи, присвоение ему роли “кумира семьи”, “смысла жизни”; 17% - “Золушка” - чрезмерное суровое, директивное воспитание по типу “неприятия” ребенка. В семье такой ребенок подвергается частым и незаслуженным оскорблениям, жестоким побоям, противопоставляется остальным. Вся его деятельность сводится к домашним делам, не оставляя времени для самостоятельного чтения, выхода в кино, прогулок на свежем воздухе. В подобных условиях дети вырастают робкими, забитыми, нерешительными или, наоборот, раздражительными, недовольными всем и вся, пронося через жизнь озлобление и ненависть к своим воспитателям.

Итак, проблема психического здоровья детей и подростков и ее последствия - одна из важнейших проблем любого общества. Последствия психического здоровья могут иметь для детей и подростков необратимый характер, приводить к все большим аномалиям психики и поведения. Поэтому так важно  своевременное выявление и оказание психологической помощи.[[19]](#footnote-19)

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Психология здоровья в своем становлении продолжает намеченный гуманистической психологией принципиально иной путь развития психологической науки - путь к созданию новой науки "психологии с человеческим и человечным лицом". Именно гуманистическая психология разрабатывает целостный подход к здоровью, в котором физическое и психическое здоровье представляется связанным с высшими ценностями, целями и потребностями человека. Жизнеспособность психологии здоровья, возможно, определяется не столько анализом глубин человеческого поведения, сколько изучением высот, которых каждый индивидуум способен достичь.

Для построения индивидуальной стратегии достижения здоровья необходимо развивать психологическую компетентность в отношении здоровья и, возможно, радикально изменить качество собственной жизни - интегрального показателя психологического, физического и эмоционального благополучия в субъективном восприятии. Важным показателем качества жизни являются индивидуальные переживания человека относительно социальной обстановки вокруг него, поэтому качество жизни выступает некоей глобальной системой, включающей в себя качество культуры, качество экологии, качество образования, качество социальной, экономической и политической организации общества, качество человека. При исследовании качества жизни как интегративной характеристики объективных и субъективных показателей условий жизни человека выявляется особая значимость для здоровье сбережения именно субъективной оценки качества жизни.

Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.

Содержательный анализ проблемы выявил разрозненный характер концепций, поэтому дальнейшая проработка теоретических концепций, проведение эмпирических исследований будут способствовать построению комплексной психологической модели здоровье сбережения человека. В целом же психологическим индикатором здоровье сбережения и качества жизни человека выступают степень удовлетворенности разными сферами жизни и положительная согласованность с психической адекватностью личности. [[20]](#footnote-20)

**Список использованной литературы:**

**Литература:**

1. Психотерапевтическая энциклопедия./ Под ред. Б.Д. Карвасарского. 2-е дополненное и переработанное издание. – СПб. – 2002.

2. Введение в психологию здоровья Г. С. Никифоров 2002г.

3. Психология здоровья В.А. Ананьев 2001г.

4. Психология здоровья Г. С. Никифоров 2002 г.

5. Ю. Головин. Словарь практического психолога. 2003г

6. Под ред. Никифоровой «Психология здоровья», Учебник для ВУЗов. 2005г.

7. Под ред. Никифоровой «Диагностика здоровья». 2005 г.

8. Куликов Л.В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы. (Учеб. пособие). СПб, 2000.

9. Куликов Л.В. Осознание здоровья как ценности //Психология здоровья /Ред. Г.С.Никифоров. СПб., Изд-во СПбГУ, 2000. (глава в коллективной монографии).

10. Диагностика психологии здоровья. Холодков Е.И 2006г.

11. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья. СПб., 2002.

12. Психология здоровья: Учебник /Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2003.

13. Фромм Э. Здоровое общество. М., 2005

14. Слабодчиков В.И. Категория возраста в психологии и педагогике//Вопросы психологии. 2005, № 2.

15. Багаева Н.В. О борьбе с вредными привычками в школе//предупреждение вредных привычек у школьников. М.: 2000

16. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы. 2003 г.

**Источники Интернета:**

**Другие источники:**

1. И.И.Жаворонкова, Г.А.Никитенко, Е.И.Терехова, М.Б.Шаронов. Данные Поликлиника МЦ 2004г.

1. Психотерапевтическая энциклопедия./ Под ред. Б.Д.Карвасарского. 2-е дополненное и переработанное издание. – СПб. – 2002. [↑](#footnote-ref-1)
2. Психология здоровья В.А. Ананьев 2001 [↑](#footnote-ref-2)
3. 1. Введение в психологию здоровья Г. С. Никифоров 2002г.

   [↑](#footnote-ref-3)
4. http://burma.tsu.tula.ru [↑](#footnote-ref-4)
5. Психология здоровья В.А. Ананьев 2001г. [↑](#footnote-ref-5)
6. Психология здоровья Г. С. Никифоров 2002 г. [↑](#footnote-ref-6)
7. Ю. Головин. Словарь практического психолога. 2003г. [↑](#footnote-ref-7)
8. Под ред. Никифоровой «Психология здоровья», Учебник для ВУЗов. 2005г. [↑](#footnote-ref-8)
9. Ю. Головин. Словарь практического психолога. 2003г. [↑](#footnote-ref-9)
10. Под ред. Никифоровой «Диагностика здоровья». 2005 г. [↑](#footnote-ref-10)
11. Куликов Л.В. Психогигиена личности: Основные понятия и проблемы. (Учеб. пособие). СПб, 2000. [↑](#footnote-ref-11)
12. И.И.Жаворонкова, Г.А.Никитенко, Е.И.Терехова, М.Б.Шаронов.  
    Поликлиника МЦ [↑](#footnote-ref-12)
13. Слабодчиков В.И. Категория возраста в психологии и педагогике//Вопросы психологии. 2005, № 2. [↑](#footnote-ref-13)
14. Багаева Н.В. О борьбе с вредными привычками в школе//предупреждение вредных привычек у школьников. М.: 2000 [↑](#footnote-ref-14)
15. Валентик Ю.В., Зыков О.В., Цетлин М.Г. Теория и практика медико-социальной работы 2003 [↑](#footnote-ref-15)
16. там же [↑](#footnote-ref-16)
17. Диагностика психологии здоровья. Холодков Е.И 2006г. [↑](#footnote-ref-17)
18. . *Гурвич И.Н.* Социальная психология здоровья. СПб., 2002 [↑](#footnote-ref-18)
19. Психология здоровья: Учебник /Под ред. Г. С. Никифорова. СПб., 2003. [↑](#footnote-ref-19)
20. *Фромм Э.* Здоровое общество. М., 2005 [↑](#footnote-ref-20)