

УДК 378.172

О. Ю. Малозёмов

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия

O. Y. Malozemov

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

Y. S. Zhdanova

Ural State Medical University, Ekaterinburg, Russia

Ю. С. Жданова

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Аннотация. В статье рассматриваются проблемы, связанные психофизической компонентой здоровья. Акцентируется внимание на важности двигательной активности в здоровьесбережении, а также на социально-психологических последствиях гипокинезии. Представлены некоторые противоречия в сфере здоровьесбережения средствами физической культуры.

Ключевые слова: двигательная активность, гипокинезия, противоречия в здоровьесбережении

SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF MOTOR ACTIVITY

Abstract. The article discusses the problems associated with the psychophysical component of health. Attention is focused on the importance of motor activity in health care, as well as the socio-psychological consequences of hypokinesia. Some contradictions in the field of health saving by means of physical culture are presented.

Keywords: motor activity, hypokinesia, contradictions in health care

Достаточно долгое время в России особую тревогу вызывает ухудшение психофизического компонента здоровья детей, подростков и учащейся молодежи. Во многих научных исследованиях психолого-педагогической, социологической и философской направленностей отмечается, что современная молодежь живет в сложной по своему содержанию реальной действительности. Молодежь как социальная страта высокоактивна, любознательна, но при этом неопытна, субкультурна и, по сути, является маргинальной. Поэтому противоречивость и разноплановость восприятия различных аспектов человеческого бытия вызывают и аналогичные поведенческие паттерны, зачастую

несовместимые с сохранением здоровья. Неврогенность социально-бытовой и образовательной сфер на фоне интенсификации жизненных ритмов, социальной конкурентности, усложняющихся требований к показателям личностного благополучия при явном дисбалансе физических и психических нагрузок (в сторону превышения вторых) приводит к снижению показателей здоровья, хронической усталости даже у старших школьников и студентов. Результатом становится невротизация личности молодого человека. Еще в начале 90-х годов прошлого столетия эксперты Всемирной организации здравоохранения прогнозировали к 20-м годам нашего столетия резкое увеличение проблем с психической составляющей здоровья людей и человечества в целом.

Пренебрежительное отношение к физкультурно-оздоровительной сфере, двигательной деятельности взаимосвязано со многими формами здоровьезатратного поведения у населения в целом и молодежи в частности [1–3]. При этом следует учесть один из основных, выработанных эволюцией механизмов защиты от стресса, психических перегрузок — двигательную активность. Конечной фазой любой стрессовой реакции является двигательный акт. Недостаток первичных локомоторных актов (гипокинезия) в дальнейшем переходит в так называемые болезни гиподинамии, характеризующие неблагополучие на психофизиологическом уровне.

Взрослый человек данные нарушения может нивелировать или компенсировать своевременно самоорганизованной физкультурно-оздоровительной деятельностью. Подобная же компенсация физическими нагрузками в молодом растущем организме практически невозможна. Поэтому повреждающий эффект у формирующегося организма гораздо больше, а последствия гипокинезии будут влиять на жизнедеятельность длительное время [4–5].

Одна из классификаций видов гипокинезии (связанная с ее причинами) указывает на наличие таких ее видов, как физиологического, привычно-бытового, профессионального, школьного, климатогеографического и клинического. Некоторые относятся к объективным видам, однако примерно половина — к субъективным по признаку причинности. Следовательно, субъективным причинам гипокинезии нужно и можно противостоять (в основном средствами воспитания и самовоспитания молодого человека в нужном направлении).

Наиболее зримо последствия гиподинамии проявляются на морфологическом и физиологическом уровнях. Во-первых, функциональ-

ные резервы основных жизнеобеспечивающих систем уменьшаются, следствием чего становятся морфологические изменения — атрофируются соответствующие ткани. Во-вторых, в норме ритм всего организма задает естественная активность, но в случае с гипокинезией этот ритм ограничивается (или задается) наиболее слабым (больным) морфофункциональным очагом. В-третьих, все обменные процессы на многих уровнях в организме претерпевают негативные изменения. Наконец снижается уровень иммунной защиты и терморегуляции.

Существует еще одна опасность, связанная с последствиями гипокинезии на социально-психологическом, поведенческом уровне. Если на организменном уровне большинство негативных изменений появляются быстро и в явной форме (на них, соответственно, можно реагировать), то на психологическом уровне подобные негативные изменения во времени пролонгированы, отсрочены, проявляются в неявной форме, трудно установить причинные взаимосвязи состояний, процессов, реакций. Причину многих поведенческих паттернов сложно связать с гипокинезией. Попытаемся воспроизвести данную логическую цепочку:

1) при серьезной нехватке движений нарушается и весь алгоритм стрессовой реакции, которая не может закончиться двигательным актом. Это перенапрягает центральную нервную систему, а для условий высоких социально-информационных перегрузок и ускоренного ритма жизни современного человека, стресс переходит в дистресс. Длительно и без последствий это продолжаться не может, следовательно, происходит невротизация личности с уменьшением резервов сопротивляемости;

2) со временем (иногда чрезвычайно быстро) ухудшаются внешние социально привлекательные физические качества, что отрицательно сказывается на психоэмоциональном фоне человека. При достаточно длительных переживаниях по поводу своей ухудшающейся внешности существенно изменяется и стиль поведения человека. Зачастую поведение, поступки становятся менее типичными, непредсказуемыми. Любая усмешка, шутка в адрес внешних показателей человека является неврогенным фактором, вызывая аффективные переживания, реакции;

3) ситуация может развернуться в сторону патологического развития личности, ее дезинтеграции на основе длительных аффективных переживаний. При этом механизмы психологической защиты (особен-

но способы защиты низшего уровня) включаются гораздо чаще нормального состояния. Формы их проявления зачастую противоречат нравственным общественным нормам. Это могут быть использование служебного или семейного положения, обман и унижение окружающих, делинквентное поведение в целом. Таким образом проявляются дефекты в нравственной сфере. Отметим, что механизмы психологической защиты осуществляются не осознанно, а на подсознательном уровне. Волевое влияние (управление) на данный психологический феномен практически невозможно;

4) на основе дефектов в нравственной сфере происходит неправильный выбор ценностных ориентаций, что отражается на психологических свойствах человека. В характере все чаще начинают проявляться и в дальнейшем доминировать негативные черты (зависть, трусость, педантизм, обидчивость, настороженность, эгоцентризм и др.). В связи с этим человек становится более конфликтным с окружающими, что дополнительно усиливает все неблагоприятные психоэмоциональные процессы.

В совокупности все вышеперечисленное снижает психическую компоненту здоровья. Взаимосвязь же психического и соматического неопровержима: существуют классы болезней — психосоматические (при которых причина соматических заболеваний находится в психической сфере) и соматопсихические (при которых причина психических заболеваний изначально заложена в телесном недуге и соответствующих переживаниях). В результате человек снижает психосоматическую компоненту собственного здоровья, а далее, следуя принципу целостности феномена здоровья, может потерять и его социальную компоненту.

С позиции психолого-педагогического дискурса здоровье — это в основе поведенческая (социально-психологическая) категория, являющаяся результатом соответствующего (здоровьесообразного) воспитания. Резервы физического здоровья генетически обусловлены (это природная данность). Условия же, способствующие мотивации к восполнению человеком утраты (биологической или социокультурной) компонентов здоровья в течение жизни, создает сфера воспитания личности, т.е. педагогика. В связи с этим многие образовательные усилия в сфере здоровья и его сохранения могут оказаться (и часто оказываются) малоэффективными или бессмысленными без выхода обучающихся на самостоятельные здоровьесообразные способы пове-

дения. Знаниевая компонента влияет на поведение весьма опосредованно. Поэтому в данном случае важен аспект внутренне мотивационной самоорганизованной активной деятельности конкретного человека.

В заключение отметим, что в педагогике, как и в медицине, существуют факторы риска для здоровья, однако здесь они менее заметны и их влияние более отдалено. Профилактика потери психосоматического здоровья, дееспособности, продолжительности жизни и т. п. входит в сферу влияния медицины. Педагогическая же сфера отвечает за формирование и самореализацию личности. Если человек не достигает в жизни потенциально возможного для него (например, уровня образования, социальной зрелости и т. п.), то это и есть педагогические риски для здоровья. Они в конечном итоге могут привести к психосоматическому травмированию, а человек стать пациентом уже с медицинской точки зрения.

В связи с вышеизложенным, учитывая реалии современного урбанизированного и нестабильного мира, вполне возможно, что необходима новая методология (возможно, и философия) здоровьесбережения. Считаем, что одним из методологических противоречий в сфере здоровьесбережения является двойственное восприятие ценности здоровья как терминальной и инструментальной ценностей. Соответственно, обнаруживается противоречие и на социально-педагогическом уровне в виде несоответствия мировоззренческой позиции по отношению к здоровью (как необходимости для всех субъектов образования) и недостаточным его сохранением в системе образования, где осуществляется в основном просветительская работа, накапливающая и передающая информацию. Далее обнаруживается противоречие на научно-методическом уровне — с одной стороны, существует острая необходимость продуктивного использования физкультурно-оздоровительного потенциала образовательных учреждений, а с другой — имеется значительное отставание в реализации данного потенциала на практике. Сущность понимания и восприятия молодежью поведения и деятельности по сохранению здоровья в методологии большинства физкультурно-оздоровительных программ и мероприятий слабо отражена. В практической педагогической деятельности внутренняя мотивация здоровьесохранного поведения зачастую не учитывается или игнорируется. Поскольку мотивация канализируется через эмоции, отслеживать и управлять которыми достаточно сложно, то многое на учебных физкультурно-оздоровительных занятиях происхо-

дит на индифферентном или неблагоприятном эмоциональном фоне. В результате молодые люди слабо связывают свою дальнейшую судьбу с двигательной деятельностью, физической культурой. Социальное же «выживание» провоцирует их на эксплуатацию собственного здоровья [2, 6]. При этом они не умеют и не желают самооздоравливаться средствами физической культуры, а нормативные представления молодежи перестраиваются в сторону оправдания своей пассивности и бездействия по самосохранению здоровья.

Список источников

1. Васильева О. С. Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки / О. С. Васильева, Ф. Р. Филатов. М. : Академия, 2001. 352 с.
2. Журавлёва И. В. Здоровье подростков: социологический анализ / И. В. Журавлёва. М. : Институт социологии РАН, 2002. 240 с.
3. Змановская Е. В. Девиантология: психология отклоняющегося поведения / Е. В. Змановская. М. : Академия», 2003. 288 с.
4. Основы индивидуального здоровья человека: введение в общую и прикладную валеологию / Э. М. Казин, Н. Г. Блинова, Н. А. Литвинова. М. : Владос, 2000. 192 с.
5. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней. М. : Академия, 2001. 320 с.
6. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб. : Питер, 2003. 607 с.