

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт  
(наименование института полностью)

Кафедра «Педагогика и психология»  
(наименование)

37.04.01 Психология  
(код и наименование направления подготовки)

Психология здоровья  
(направленность (профиль))

## ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ)

на тему Характерологические особенности личности в контексте здорового образа жизни

Обучающийся

В.В. Пушкин

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Научный  
руководитель

канд. психол. наук., И.В. Кулагина

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

## Оглавление

|                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение .....                                                                                                                                                          | 3  |
| Глава 1 Теоретические аспекты изучения характерологических особенностей личности в контексте здорового образа жизни .....                                               | 10 |
| 1.1 Аспекты характерологических особенностей личности в психологической литературе .....                                                                                | 10 |
| 1.2 Факторы здорового образа жизни в контексте психологии здоровья .....                                                                                                | 19 |
| 1.3 Взаимосвязь характерологических особенностей личности и отношения к своему здоровью и ведению здорового образа жизни.....                                           | 28 |
| Глава 2 Эмпирическое исследование характерологических особенностей личности в контексте здорового образа жизни .....                                                    | 42 |
| 2.1 Организация исследования характерологических особенностей личности и отношения к своему здоровью и ведению здорового образа жизни, выбор методик исследования ..... | 42 |
| 2.2. Анализ полученных результатов .....                                                                                                                                | 50 |
| 2.3 Рекомендации по профилактике здоровьесохранительного поведения и снижению степени личностной тревожности .....                                                      | 75 |
| Заключение .....                                                                                                                                                        | 81 |
| Список используемой литературы .....                                                                                                                                    | 84 |

## Введение

**Актуальность и значимость исследования.** Несмотря на увеличивающуюся среднюю продолжительность жизни по популяции, в XXI веке перед человечеством всё острее встаёт проблема увеличения числа лиц, страдающих хроническими заболеваниями. Исследования показывают, что первопричинами возникновения ряда болезней, а также негативного прогноза их развития являются различные аспекты нездорового образа жизни, такие как неправильное питание, гиподинамия, наличие вредных привычек. По статистике фактор образа жизни имеет более значительное влияние на показатели здоровья, чем все прочие показатели (экология, состояние здравоохранения и тому подобные) вместе [12].

При формировании у человека должного уровня здоровьесохранительного подхода возможно его полноценное участие в жизни общества даже при наличии проблем со здоровьем. При повышении уровня адекватности отношения к собственному здоровью возможно добиться существенных общественно значимых результатов, среди которых увеличение средней продолжительности и повышение качества жизни, снижение нагрузки на систему здравоохранения.

Влияние личностных качеств на факторы сохранения и улучшения индивидом своего здоровья неоднократно и с разных позиций исследовались выдающимися психологами и врачами.

Ещё В.М. Бехтерев внёс большой вклад в разработку концепции здоровой личности, изучив её, в том числе, в болезненном состоянии.

Работы А.Н. Леонтьева были направлены на определение связи сознания и практической деятельности человека.

Более века назад В.Н. Мясищев изучал проблему целостной личности в здоровом и болезненном состоянии, его ученик Б.Д. Карвасарский внёс значительный научный и организационный вклад в развитие клинической психологии в России.

К.М. Быков и И.Т. Курцин исследовали факторы влияния коры головного мозга на состояние внутренних органов. Г.Ф. Ланг развил идеи И.П. Павлова, разработав концепцию нейрогенного происхождения гипертонической болезни, продолженную А.Л. Мясниковым.

Б.С. Братусь разработал одну из первых в отечественной науке концепцию уровней здоровья, выделив личностный, индивидуально-психологический и психофизиологический уровни.

Л.П. Урванцев изучал проблемы влияния психологических факторов на возникновение и течение болезней, а также психологические аспекты их диагностики и терапии.

В целом проблеме влияния характерологических особенностей личности на различные показатели здоровья за последние 100 лет был посвящен целый ряд работ и исследований как в нашей стране (И.П. Павлов, П.Б. Ганнушкин, Р.А. Лурия, Д.Д. Плетнёв, Ю.М. Губачёв, И.В. Ганзин, Л.С. Чутко), так и за рубежом (З. Фрейд, Э. Кречмер, Ф. Александер, А. Адлер, Л. Сонди, Н. Пезешкиан).

Однако данные труды и исследования преимущественно рассматривали степень влияния личностных особенностей, факторов стресса и уровня стрессоустойчивости с психосоматических позиций, оценивая взаимосвязь между особенностями характера и спецификой возникновения и течения различных заболеваний.

Вопрос влияния характерологических особенностей личности в аспекте психологии здоровья рассматривался до недавнего времени достаточно редко и фрагментарно, что говорит об актуальности нашего исследования.

Популяризация здорового образа жизни и ответственного отношения к собственному здоровью происходит на всех уровнях, в том числе при государственной поддержке [49]. Однако, при реализации данных программ обычно не принимаются в расчёт личностные особенности, происходит обращение к человеку как к некой усреднённой социальной единице.

В ходе исследований неоднократно определялись факторы влияния акцентуированных черт характера на возникновение и развитие различных заболеваний. В свою очередь, мы можем предположить, что чрезмерно усиленные характерологические особенности личности также оказывают влияние на отношение человека к ведению здорового образа жизни и своему здоровью в целом.

Установление взаимосвязей между особенностями характера и отношением к здоровью позволит в дальнейшей работе значительно повысить эффективность профилактических мер по популяризации здорового образа жизни и улучшению уровня здоровьесохранительного подхода в целом, сделав работу в этом направлении более индивидуальной и адресной, что определяет значимость данного исследования.

**Цель исследования:** выявить характерологические особенности, оказывающие негативное воздействие на факторы отношения к собственному здоровью.

**Объект исследования:** характерологические особенности личности.

**Предмет исследования:** взаимосвязь характерологических особенностей личности и отношения к своему здоровью и ведению здорового образа жизни.

**Гипотеза исследования** состоит в предположении, что некоторые чрезмерно усиленные (акцентуированные) характерологические особенности личности оказывают значимое негативное влияние на отношение человека к собственному здоровью, здоровьесохранительному подходу и ведению здорового образа жизни.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

- изучить информацию об основных подходах к изучению характерологических особенностей личности в современной психологической литературе;

- изучить факторы здорового образа жизни в контексте психологии здоровья;
- изучить основные подходы к изучению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни;
- определить методы эмпирического исследования;
- диагностировать характерологические особенности личности обследуемых;
- диагностировать показатели отношения обследуемых к собственному здоровью и здоровому образу жизни;
- провести анализ полученных данных по установлению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношению к собственному здоровью и здоровому образу жизни;
- сформулировать задачи и методы психологической профилактики уровня выявленных акцентуаций характерологических особенностей личности, оказывающих негативное воздействие на отношение к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни.

**Теоретико-методологическую основу** исследования составили:

- теоретические и практические исследования характерологических особенностей личности, представленные в научных трудах К. Леонгарда, М.Е. Бурно, М.З. Дукаревич, В.Н. Мясищева, А.П. Нечаева, С.Л. Рубинштейна;
- теоретические и практические исследования факторов здорового образа жизни в контексте психологии здоровья, описанные в исследованиях Н.М. Амосова, О.С. Васильевой и Ф.Р. Филатова, Э.М. Казина, О.Ю. Малозёмова;
- подходы к изучению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни, описанные в трудах и исследованиях

В.М. Розина, Г.С. Никифорова, З.Ф. Дудченко, Р.А. Березовской, И.Ф. Демидовой, Д.А. Толмачева, Е.С. Игнатовой и Н.А. Рудновой.

**Методы исследования:**

- теоретический анализ современных источников (научные методы обработки источников: анализ, систематизация, сравнение);
- диагностические и эмпирические методы.

При проведении исследования нами были использованы нижеуказанные методики:

- опросник Большой пятёрки, авторы О. Джон и К. Сото, адаптация С.А. Щебетенко и А.Ю. Калугиной;
- опросник черт характера (ОЧХ), автор Г. Шмишек, адаптация В.М. Русалова и О.Н. Маноловой;
- опросник Профиль здорового образа жизни ПроЗож, автор С. Уолкер, адаптация М.Д. Петраш, О.Ю. Стрижицкая и И.Р. Муртазина;
- опросник нарушений здорового поведения, авторы Е.Л. Луценко и О.Е. Габелкова;
- коэффициент ранговой корреляции (r-критерий) Спирмена.

**Опытно-экспериментальная база исследования** представлена коллективом штатных и внештатных сотрудников ООО «Интерлингва» (г. Москва), 50 человек (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 26 до 39 лет.

**Научная новизна исследования** заключается в:

- расширении базы психологических знаний о влиянии характерологических особенностей на отношение к здоровому образу жизни и формирование здоровьесохрительного подхода;
- эмпирически доказанном определении наличия факторов негативного влияния акцентуированных характерологических особенностей на отношение к своему здоровью и ведению здорового образа жизни.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в:

- подробном рассмотрении факторов влияния характерологических особенностей личности на отношение к здоровому образу жизни;
- формирование базы для дальнейшего изучения аспектов влияния характерологических особенностей личности на отношение к собственному здоровью.

**Практическая значимость** исследования заключается в возможности использования полученной информации о негативном влиянии характерологических особенностей личности на отношение к собственному здоровью, с целью увеличения эффективности профилактики здоровьесберегающего подхода и стимулирования перехода к здоровому образу жизни, посредством психокоррекционного воздействия.

**Достоверность и обоснованность результатов исследования** обеспечивается комплексным подходом к изучению и анализу теоретической базы и методологии исследования, использованием валидных и надёжных методов психодиагностики, определённым в соответствии с целями и задачами исследования, формулировкой рекомендаций по снижению степени тревожности и мотивации перехода к здоровому образу жизни.

**Личное участие автора** состоит в планировании, организации и проведении исследования, определении его целей и задач, подборе методик исследования, проведении многоэтапной психодиагностики, последующей обработке полученных данных, разработке программы профилактических занятий.

**Апробация и внедрение результатов работы** велись в течение всего исследования, в ходе практической деятельности с группой обследуемых. Промежуточные и итоговые результаты отражены в публикациях:

- Пушкин В.В. Характерологические особенности личности в контексте психологии здоровья: отношение к своему здоровью // Флагман науки: научный журнал. Январь 2025. СПб. : ГНИИ Нацразвитие. 2025. № 1 (24). С. 270-274.

– Пушкин В.В. Влияние личностной тревожности на отношение к своему здоровью у переводчиков // Актуальные проблемы современной науки: сборник статей VIII международной научной конференции (Санкт-Петербург, Февраль 2025). СПб. : ГНИИ Нацразвитие, 2025. С. 10-19.

**На защиту выносятся следующие положения:**

– отношение людей к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни является одной из наиболее важных проблем в современном мире. Повышение уровня осознанности в отношении собственного здоровья позволит снять ряд острых социальных проблем и стать фундаментом для новых уровней развития общества в целом;

– отношение человека к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни находится в зависимости от некоторых чрезмерно усиленных (акцентуированных) характерологических черт личности;

– установление взаимосвязей между акцентуированными характерологическими чертами личности и факторами отношения к собственному здоровью при дальнейшей разработке позволит повысить эффективность мер психологического воздействия, направленных на формирование ответственного подхода к собственному здоровью и стимулирование перехода к здоровому образу жизни.

**Структура магистерской диссертации.** Работа состоит из введения, двух глав (теоретической и эмпирической), заключения, содержит 18 рисунков, 9 таблиц, список используемой литературы (74 источника). Основной текст работы изложен на 90 страницах.

## **Глава 1 Теоретические аспекты изучения характерологических особенностей личности в контексте здорового образа жизни**

### **1.1 Аспекты характерологических особенностей личности в психологической литературе**

Понятие и сущность характера, его составляющих, а также смежных элементов интересовали мыслителей и учёных практически с самого начала исторического периода существования человечества [18; 42]. Создав свою этическую типологию, Платон, по сути, описал первую из дошедших до нас классификацию характеров. Слово «характер» происходит от древнегреческого «примета, отличительная черта». Являясь по своей сути совокупностью устойчивых свойств и качеств личности, он оказывает определяющее воздействие на все её проявления и формирует особенности отношений и поведения человека [55].

Существует самостоятельный раздел психологии – характерология, посвященный исследованию сущности, типов и этапов формирования и самоформирования характера, начало которому в современном научном понимании вопроса было положено Ю. Банзеном, который и ввёл данный термин в своём труде «Очерки по характерологии» в 1867 году [68].

Основателем характерологии считается ученик Аристотеля Теофраст, автор труда «Характеры», написанного в IV веке до нашей эры. Данный трактат содержал аллегорические описания 30 типов характера, определённых на основании доминирующей черты (например: льстец, болтун, бахвал, гордец, брюзга). В XVII веке идеи Теофраста развил в одноимённой книге Лабрюйер, создав галерею психологических портретов своих современников [52].

Вопросом изучения характера, начиная с последней четверти XVIII века, в той или иной мере занимались многие большие учёные. В основном с

опорой на теорию Гиппократов о темпераментах, создали свои классификации характеров В.М. Вундт и И. Кант [25].

Научно-исследовательский подход к изучению характера начал развиваться с первой четверти XIX века. Ф. Галль определил 27 базовых психических способностей, оказывающих формирующее воздействие на характер. Эти психические способности Галль выводил из физиологических особенностей человека, а именно из формы и деталей строения черепа.

Его классификация почти сразу вызвала обширную и резкую критику, в связи с чем, так и не стала базовой, однако некоторые из введенных им в качестве вышеуказанных способностей понятия, такие как инстинкт продолжения рода, чадолюбие, способности к привязанности и к дружбе, готовность к борьбе и умение защищать свои убеждения, и сейчас могут являться предметом изучения исследователей.

Со второй половины XIX века изучению характера посвящается всё больше исследований, предпринимаются систематические попытки подведения научной базы под разнообразие психологических типов. Десятки созданных до конца прошлого века классификаций строились по различным основаниям, краеугольным различием которых являлся вопрос о природной или же социальной основе характера [2].

В наше время в различных теоретических построениях понятие «характер» всё ещё имеет существенные различия в трактовке. На сегодняшний день в характерологии можно выделить три основных подхода к изучению характера человека: конституционно-биологический (Э. Кречмер), в котором характер трактуется как дуалистическое единство конституции человека и его темперамента; психоаналитический (З. Фрейд, К.Г. Юнг, А. Адлер и другие), где характер считается продуктом скорее бессознательных влечений человека; и идеологический (Р. Ребек и другие) – здесь понятие характера определяется как комплекс торможения инстинктов, зависящий от внутренних имманентных свойств личности.

В отечественной науке также существует три основных подхода: идеалистический, биологизаторский и материалистический [53], однако в нашей стране при рассмотрении характера на протяжении большей части XX века превалировал социально-оценочный аспект. Определяющую роль здесь имела позиция Л.С. Выготского, который делал основной акцент на раскрытии индивидуальных особенностей человека посредством его взаимодействия с обществом.

В продолжение идей Выготского советские психологи преимущественно считали характер в комплексе результатом воздействия социума, то есть приобретённой системой, в то время как врождёнными считались только различия на уровне темперамента человека (Ковалёв, Мясищев). Научный подход к изучению характера начал меняться только после 1960-х годов, когда в процессе возобновления интереса к индивидуальным особенностям человека начали формироваться основы дифференциальной психологии и были разграничены психические свойства, состояния и процессы.

Если составлять перечень классификаций характеров, включая акцентуированные, патологические и социальные типы, то только общепринятых методик за XX и начало XXI вв. было создано почти два десятка. В качестве одних из первых, не утративших актуальность на сегодняшний день, следует назвать созданные в 1917 и 1921 годах соответственно теорию развития личности З. Фрейда и типологию К. Юнга. Первая отталкивалась от аспекта психосексуального развития, вторая вводила понятия экстраверсии и интроверсии.

В то же время возникли классификация личностей А.Ф. Лазурского [27] и конституциональная классификация Э. Кречмера, делившая обследуемых на циклотимиков и шизотимиков. В следующее десятилетие в нашей стране была создана классификация психопатий П.Б. Ганнушкина, за рубежом – система соматипирования У. Шелдона, а в послевоенные годы –

классификация социальных типов характеров Э. Фромма и методика DISC (D – доминирование, I – влияние, S – стабильность, C – соответствие).

За вторую половину XX века появилось ещё около 10 признанных классификаций, среди которых можно выделить биоэнергетический анализ А. Лоуэна, основанный на понимании единства тела и разума; трёхфакторную теорию личности Г. Айзенка, в которой три измерения личности (психотизм – экстраверсия – нейротизм) рассматриваются через призму активности ЦНС, обусловленной генетическими факторами; классификацию акцентуированных характеров К. Леонгарда, основывающуюся на выделении преобладающей по своей выраженности акцентуированной черты, и развившую идеи Леонгарда классификацию подростковых акцентуированных характеров А.Е. Личко [32].

Уже в последние десятилетия XX века и начале нового века вошли в употребление модель «Большая пятёрка», типологизирующая личности на основании пяти общих независимых черт (экстраверсия – доброжелательность – добросовестность – невротизм – открытость опыту), созданная в нашей стране классификация характеров М.Е. Бурно, выделяющая девять обладающих уникальными характеристиками типов характеров [8], типология личностей Н. Мак-Вильямс, также базирующаяся на девяти типах личностей, но с более клиническим оттенком; и одна из последних концепций – методика 7 радикалов В.В. Пономаренко, определяющая на основании идентификации усиленных черт характера психологические паттерны личности [51].

Такое количество концепций неизбежно привело к появлению не меньшего количества психодиагностических методов определения свойств характера, которые принципиально разделяются на две 2 группы.

Первая – это клинические опросники, среди которых следует выделить созданный более 80 лет назад, но всё ещё очень популярный Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI) с многочисленными модификациями и адаптациями, среди которых в нашей стране наибольшей

популярностью пользуется разработанный Л.Н. Собчик в 1970 году тест СМИЛ [57], и его сокращённая версия – тест СМОЛ; опросник диагностики типа акцентуации личности Леонгарда-Шмишека, а также патохарактерологический диагностический опросник для подростков А.Е. Личко [32].

Вторую группу представляют факторные опросники, среди которых наиболее популярным, по-прежнему, является созданный Р. Кеттелом, 16-факторный опросник (16PF), на основе которого были созданы и создаются поныне множество тестов для определения характера.

Индивидуальные особенности характера оказывают прямое и определяющее влияние на все аспекты отношений индивида, в том числе в его отношении к себе и своему здоровью, к обществу и миру в целом. Данное отношение определяется через систематически проявляемые в деятельности личности черты, которые часто противопоставлены друг другу и создают своего рода антагонистические пары [28].

Рассматривая характер с преимущественно психофизиологических позиций, В.Н. Мясищев определял его как «систему условно рефлекторных связей с действительностью, основой для которых служат, безусловно, рефлекторные связи (темперамент)» [41], что можно трактовать как систему привычных способов поведения в конкретных условиях [19]. Стоит отметить, что общефизиологический фундамент темперамента и характера един – это тип высшей нервной деятельности человека.

Огромное значение для формирования характера имеют свойства его темперамента, а также социальные и воспитательные аспекты, то есть характер образует синтез черт типа темперамента и изменений под воздействием среды [62].

По сравнению с темпераментом, характер является значительно более сложным понятием, которое следует рассматривать на нескольких уровнях. Он имеет определяющее значение для формирования внутреннего мира личности и её системы ценностей, формирует личные качества, заметно

влияет на сферу коммуникации, поведение и другое. Темперамент, являясь биологической составляющей характера, влияет на эмоциональные характеристики, а тип центральной нервной системы оказывает хоть и опосредованное, но, тем не менее, значительное влияние на формирование моральных и интеллектуальных характеристик [11].

Типы темпераментов впервые были описаны ещё Гиппократом в IV веке до нашей эры, а более чем через две тысячи лет великий учёный И.П. Павлов в ходе работы по изучению условных рефлексов описал типы нервной деятельности человека, влияющие на скорость реакций, с использованием в том числе классификации Гиппократа. Так как выделенные Павловым типы нервных систем почти полностью совпадали с типами темпераментов, то терминология Гиппократа в остальном изменений не претерпела. Фундаментом же современных научных представлений о темпераменте следует считать созданную П.К Анохиным концепцию функционально-системной организации работы мозга [66].

В адаптации к окружающей среде ключевую роль играют свойства психики индивида, немаловажное значение среди которых имеют свойства темперамента, в свою очередь обусловленные свойствами его нервной системы. Именно темперамент определяет выбор стратегии поведения, исходя из позиций максимальной эффективности в зависимости от энергетических ресурсов индивида, что позволяет успешно адаптироваться к требованиям среды.

Системы торможения и активности, соответствующие типу темперамента, оказывают настолько значительное влияние на свойства поведения, что определённая ситуация может быть источником значительного стресса для одного индивида, значительно менее стрессогенной для второго, и даже привлекательной для третьего.

В данном исследовании мы будем, по сути, говорить о характере неотделимо от темперамента, так как при рассмотрении вопроса влияния на факторы формирования здоровьесберегающего подхода не всегда

представляется возможным должным образом разграничить влияние черт характера и особенностей темперамента.

Адаптивный механизм темперамента в зависимости от ситуации активизирует одну из двух вероятных моделей: либо система торможения поведения снижает текущую активность при одновременном повышении уровня внимания, либо активация систем достижения провоцирует импульсивное поведение и снижает сосредоточенность, таким образом обе эти системы запускают вегетативную мобилизацию. Индивидуальный стиль приспособления является продолжением свойств темперамента, в свою очередь оказывая на него обратное воздействие в зависимости от жизненных условий, путём ослабления некоторых проявлений и усиления других [66].

Как многоуровневая система, характер имеет структуру, включающую нравственные, волевые, эмоциональные и интеллектуальные характеристики. Чрезмерно выраженные черты характера могут препятствовать гармоничному развитию личности [13], а также формировать так называемую «судьбореализующую тенденцию», провоцируя пассивность и фатализм [22].

Исследователи по-разному соотносят понятия «характер» и «личность» [13]: одни их практически отождествляют; у других характер является элементом личности в своём усложнённом виде, в качестве духовной особенности человека [8]; у третьих – наоборот, личность включается в характер; четвёртые же считают эти понятия только пересекающимися.

Личностные типы представляют собой набор устойчивых проявлений характера, а также особенностей поведения, не зависящих в своих проявлениях от контекста. Ряд популярных типологий личности мы приводили выше, к ним можно добавить также теорию Э. Эриксона, согласно которой развитие личности продолжается на протяжении всей человеческой жизни, в ходе которой человек проходит через восемь стадий,

на каждой из которых к личности предъявляются определённые социальные требования, которые приводят к возникновению кризисов, в ходе разрешения которых происходит момент её развития; а также достаточно популярную типологию Майерс-Бриггс.

Изучение психологических типов позволяет определить поведенческие стратегии и стратегии адаптации, свойственные человеку, выявить его сильные и слабые стороны и проблемные аспекты.

У многих людей показатели одной или нескольких личностных черт могут быть значительно повышены по отношению к другим, при этом оставаясь в пределах клинической нормы. Подобное явления называется акцентуацией.

Немецкий психиатр К. Леонгард считал, что число людей с акцентуациями колеблется от 20 до 50% по популяции. Наличие выраженных акцентуаций порой значительно осложняет жизнь индивида, создавая цепочку повторяющихся проблем, которые он не в состоянии преодолеть, что в итоге может приводить к нервным срывам. Акцентуации приводят человека к уязвимости от определённых психогенных воздействий, при этом по отношению к другим уязвимостям устойчивость может оставаться достаточно высокой.

Акцентуация не является психическим расстройством, но в некоторых проявлениях имеет сходство с личностными расстройствами. К. Леонгард в 1968 году ввёл понятия «акцентуированная личность» и «акцентуированная черта личности», понимая под акцентуацией чрезмерно усиленные черты личности [29].

По его мнению, при наступлении неблагоприятных условий данное свойство может переходить в патологические состояния. Он считал акцентуации отклонением от нормы, разработав на базе психоаналитических концепций о типологии расстройств психики собственную классификацию акцентуаций.

Психологические особенности акцентуаций характера отражены на рисунке 1.



Рисунок 1 – Психологические особенности акцентуаций характера

А.Е. Личко в 1977 году развил идеи Леонгарда. Им было введено понятие «акцентуация характера», так как личность является комплексным понятием для акцентуаций. Однако его типология имела значительную опору на классификацию Ганнушкина и применима только к подросткам [32].

По мнению исследователей, акцентуация происходит из нормального состояния психики, но в своём развитии может постепенно переходить в психопатию или расстройство личности, так как это элементы одной цепи, объединенные общими процессами разной степени выраженности.

Несмотря на длительное и подробное изучение феномена акцентуаций характера, вопросы влияния чрезмерно усиленных черт личности на сферу здоровья нельзя назвать изученными в полной мере, хотя в этом направлении в последние десятилетия ведётся научная работа, однако она сконцентрирована в основном на психосоматическом аспекте [50].

Например, Ю.О. Григорьева и В.Н. Чалов исследовали невротические состояния личности при акцентуациях характера как фактор образования соматических реакций [15].

В исследовании В.М. Щуцкого рассматривается развитие психосоматических патологий, вызванных личностными особенностями. Отмечается, что при наличии сопутствующих условий для развития психического заболевания именно тип акцентуации характера определяет вариант заболевания [65].

Таким образом, мы вынуждены признать, что при достаточной изученности характерологических особенностей личности в современной психологической литературе и их многомерной классификации, научные исследования факторов взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношения к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни по состоянию на сегодняшний день велись недостаточно.

## **1.2 Факторы здорового образа жизни в контексте психологии здоровья**

Исследование феномена под названием «здоровье» можно назвать одним из ключевых направлений в современной науке, для которых научно-технический прогресс открыл новые горизонты [1]. Здоровье для человека является не только основным ресурсом, обеспечивающим возможности личностного и социального развития, но и самостоятельной ценностью, определяющей качество его жизни.

Существует ряд точек зрения на то, что представляет собой здоровье. Изначальное значение этого понятия трактовалось преимущественно в его медицинском аспекте и означало в первую очередь факт отсутствия болезней. В настоящее время подобная трактовка всё чаще признаётся неполной, так как она затрагивает лишь один из аспектов состояния человека.

Современные научные подходы к пониманию здоровья учитывают многоаспектность человеческой сущности. И.И. Брехман пишет: «Здоровье – это ... физическая, социальная, психологическая гармония человека, доброжелательные, спокойные отношения с людьми, с природой и с самим собой» [62].

В ходе ретроспективного анализа отметим, что понимание сути здоровья значительно изменялось в ходе человеческой истории. В древнем мире люди в основном воспринимали здоровье с упомянутой выше позиции, как факт отсутствия болезни и возможности исполнения на приемлемом уровне необходимых социальных функций, а также в атлетическом аспекте, как отражение красоты, ловкости или мощи человеческого тела.

Однако уже в Древней Греции философы начали задумываться о многозначности феномена здоровья. Фалес Милетский писал, что блаженство тела состоит в здоровье, а блаженство ума – в знании. Гераклит определял потребности человека как способ достижения положительного полюса в противоположных состояниях, так как, по его мнению, «голод делает приятным насыщение, усталость – отдых, болезнь – здоровье» [36].

Аристотель также обнаружил некоторую дихотомию болезни и здоровья, считая их динамическими свойствами, которые подвержены колебаниям. Во многом он писал о здоровье близко к позициям современной науки, задаваясь вопросами о том, что идёт на пользу здоровью, что является его основными признаками, а также предположив

взаимосвязь между здоровьем общества в целом и здоровьем человека как его единицы [31].

Отношение к красоте человеческого тела в Древней Греции порой достигало степени культа, а в заботе о её достижении и сохранении греки первыми стали создавать полноценные методики тренировок и системно подходить к здоровому образу жизни.

Для участия в классических Олимпийских играх претенденту было необходимо соблюсти два условия: доказать своё греческое происхождение (то есть принадлежность к «цивилизованному» миру) и статус свободного человека. Занятия гимнастикой в большинстве регионов Древней Греции разрешались в принципе только свободным людям, для рабов и зависимых илотов они оставались недоступными. Таким образом, физическая культура была привилегией, и среди тех, кому она была доступна, спорт и забота о своём теле имели чрезвычайную популярность [69].

Победители Олимпийских игр имели статус почти национальных героев, в классическую эпоху им ставили статуи, наравне с богами и выдающимися полководцами.

Известен артефакт 6 века до нашей эры, являющийся вероятнее всего самым древним памятником в честь спортивных достижений, так называемый камень Бибона, находящийся сейчас в Археологическом музее Олимпии в Элиде. Это блок песчаника весом 143,5 килограмма с высеченными в нём двумя ручками и вырезанной надписью следующего содержания: «Бибон, сын Фолы, одной рукой поднял меня над головой» [72].

Примечательно, что подъём большего веса одной рукой был зафиксирован только в 2005 году, что может говорить об эффективности древнегреческих тренировочных программ.

В значительной степени спортивные успехи древних греков объясняются именно невероятным распространением и популярностью спорта среди свободных граждан, приводившими к тому, что спортивные

подвиги были едва ли не более желанными для человека, чем военные или политические достижения [69].

Примечательно, что древние греки, будучи настолько озабоченными культурой тела, уделяли сопоставимое внимание также когнитивному и духовному началам, создав первоосновы большинства наук и заложив фундамент философской мысли соответственно. Это можно считать первым массовым подтверждением сформулированного в валеологии значительно позднее постулата о многоаспектности фактора человеческого здоровья.

К сожалению, отношение древних греков к собственному телу и здоровому образу жизни как способу достижения его оптимального состояния является скорее беспрецедентным в истории человечества. Уже римляне не отличались здоровьесберегающим поведением, отдавая предпочтение скорее «хлебу и зрелищам», а изнурительные тренировки оставив легионерам.

В Средние века же отношение к здоровью стало исключительно утилитарным, вопрос питания часто сводился к факту наличия какой-либо пищи, физические упражнения заменял тяжёлый труд, не приносящий большой пользы для здоровья, а тренировки имели место разве что в аспекте приобретения отдельных боевых навыков.

Интерес к сохранению и укреплению здоровья вновь стал всерьёз интересовать исследователей лишь в эпоху Просвещения. Р. Декарт писал, что для здорового образа жизни чувства, дух и тело должны находиться в полном единстве [9].

Однако, несмотря на более чем двухтысячелетний интерес человечества к данному вопросу, приходится признать, что в современном обществе суть понятия «здоровье» в широком смысле остаётся весьма расплывчатой.

Ряд исследований продемонстрировал лишь фрагментарное наличие элементов информированности по этому вопросу. Например, понятие «здоровый человек» воспринимается обществом преимущественно исходя

из его соматических характеристик, или же с акцентом на внешний вид человека [35].

Определение здоровья, данное Всемирной организацией здравоохранения, звучит как: «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов» [61].

В современной науке существует три основных подхода к пониманию здоровья [26], основные характеристики которых мы приводим ниже, на рисунке 2.



Рисунок 2 – Основные подходы к изучению здоровья

В психологии здоровья принято считать, что понятие «здоровье» является трёхсоставным, то есть оно состоит из биологического, психического и социального компонентов. Ключевые характеристики данных компонентов приводятся в Таблице 1.

Таблица 1 – Характеристики компонентов здоровья

| Биологический компонент                                              | Психический компонент                                                         | Социальный компонент                             |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Зависит от текущего состояния организма                              | Прямая связь с личностью человека                                             | Взаимовлияние личности с обществом               |
| Направлен на укрепление и развитие функциональных резервов организма | Находится в зависимости от эмоционально-волевой и мотивационной сфер личности | Отношение личности к миру и взаимодействие с ним |
| Отвечает за функциональную адаптацию                                 | Отвечает за внутренний комфорт                                                | –                                                |

Здоровье и образ жизни имеют прямую взаимосвязь, а понятие «здоровый образ жизни» является по сути синтезом первых. Данное понятие формировалось начиная с 1950-х годов, первоначально преимущественно в медицинских кругах.

В нашей стране значительная роль в развитии этого направления принадлежит Ю.П. Лисицыну, который теоретически и практически обосновал влияние образа жизни на уровень здоровья и участвовал в разработке научно обоснованной концепции здорового образа жизни [30].

Здоровый образ жизни – это осознанная активность человека, группы людей или общества в целом, направленная на сохранение и совершенствование своего здоровья в его физическом и духовном компонентах. По своей сути это многоуровневая структура, включающая в себя ряд понятий и процессов, среди которых следует указать двигательную активность, правильное питание, самодисциплину, распорядок дня, и ряд других.

В настоящее время активно развивается сравнительно новое направление науки – психология здоровья. В.А. Ананьев писал о данном направлении психологии как о науке «о психологических причинах здоровья, о методах и средствах его сохранения, укрепления и развития» [5].

Основными задачами психологии здоровья являются сохранение и укрепление здоровья человека, а также раскрытие внутренних возможностей личности. Таким образом, можно говорить о том, что главная цель психологии здоровья – это всестороннее развитие и самосовершенствование личности.

В рамках психологии здоровья существует несколько подходов к пониманию здорового образа жизни, однако все они базируются на едином фундаменте – наличии прямой корреляции между здоровьем и образом жизни индивида.

Ю.П. Лисицын писал, что «здоровый образ жизни – это не просто все то, что благотворно влияет на здоровье людей, а многогранность деятельности, направленная на охрану и улучшение здоровья, как основу жизнедеятельности личности» [30].

Г.С. Никифоров считал, что понятие здорового образа жизни это «...стратегическая цель жизни, обеспечивающая гармонию длительных периодов индивида и всей жизни» [43].

Он же отмечал многофакторность данного понятия, которое не стоит сводить к отдельным формам активности в медицинско-социальном аспекте, как то борьба с «вредными привычками», аддиктивное поведение, следование нормам гигиены и тому подобным санитарным и прочим правилам, а скорее следует трактовать в позитивном ключе, как активную, созидательную деятельность активной человека и общества, в которой задействуются все их материальные и духовные возможности, для обеспечения полноценного и гармоничного развития индивида [44].

З.Ф. Дудченко определяет здоровый образ жизни как «активность личности, которая использует представляемые ей возможности в интересах здоровья, гармоничного психического, физического и духовного развития», а его критерии определяет как «...качество жизни, состояние здоровья, медицинскую и психологическую грамотность, продолжительность жизни...» [17].

Можно сделать вывод, что здоровье и образ жизни имеют чёткую и прямую корреляцию. Здоровье напрямую влияет на образ жизни, но почти в любой ситуации человек путём принятия взвешенных системных решений способен оказать позитивное воздействие на состояние собственного здоровья.

Здоровый образ жизни – это система действий, направленная на укрепление здоровья человека, фундаментом для которой является активная и осознанная здоровьесберегающая жизненная позиция. Для стимулирования перехода человека к здоровому образу жизни в психологической науке наибольшую эффективность на сегодняшний день показала когнитивно-поведенческая терапия (КПТ), которая имеет ряд подтверждённых преимуществ, таких как долговременная устойчивость результата, коррекция нездоровых установок, развитие и закрепление полезного поведения, освоение навыков совладания [70].

Здоровье индивида формируется под воздействием внешних и внутренних факторов. К внешним относятся социальные и природные аспекты; внутренние же факторы являются как непреложными, такие как пол или генетически обусловленная наследственность, так и динамическими, как возраст, но в нашем исследовании нас преимущественно интересуют факторы формирования здоровья, определяемые образом жизни человека.

Основное негативное влияние на здоровье человека оказывается следующими факторами: неправильное питание (разбалансированное или с преобладанием некачественных продуктов), вредные привычки (наркотики и прочие психоактивные вещества, алкоголь, курение), малоподвижный образ жизни, плохие условия труда, хронический стресс [6].

Критический объём вышеуказанных факторов приводит человека к дезадаптивности в результате развития психоэмоциональных нарушений и сбоев в регуляторных процессах организма, которые порой являются необратимыми. Однако влияние на организм человека бывает не только

негативным, и существует обширный инструментарий, с помощью которого человек может осуществлять программу действий, направленную на укрепление собственного физического и ментального здоровья, с целью общей гармонизации личности.

Для достижения желаемых результатов все задействуемые факторы должны быть объединены в систему, дополняя друг друга и активно применяясь в жизнедеятельности. Основные факторы позитивного влияния на здоровье человека представлены на рисунке 3.

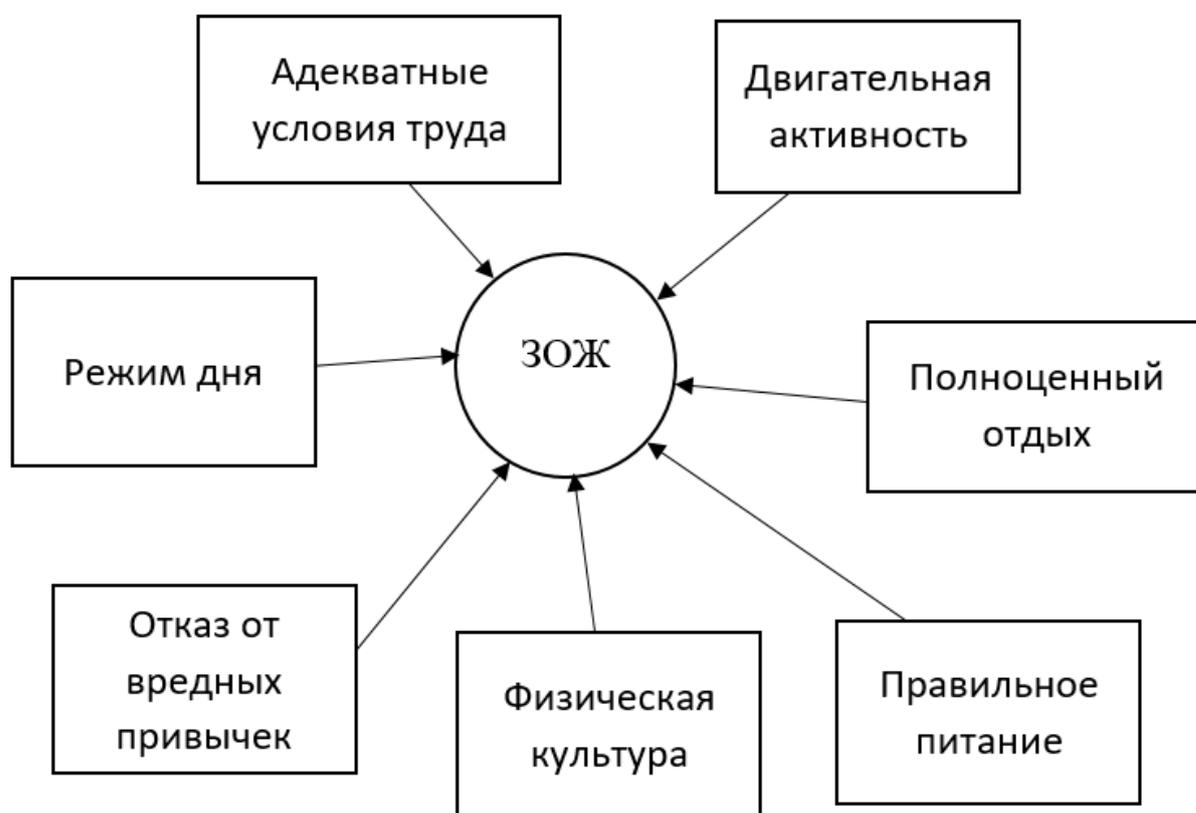


Рисунок 3 – Основные факторы здорового образа жизни

По статистике Всемирной организации здравоохранения, здоровье населения в среднем более чем в половине случаев обусловлено образом

жизни, на все остальные факторы (экология, наследственность, уровень здравоохранения и прочие) приходится в сумме 45-50% [73].

Таким образом, можно с уверенностью говорить, что здоровье человечества имеет прямую корреляцию со степенью осознанности и ответственности человека за своё здоровье. На адекватность отношения человека к своему здоровью влияет степень его осведомлённости в вопросах сохранения здоровья.

Несмотря предпринимаемые в том числе на государственном уровне меры поддержки и популяризации здорового образа жизни, вопрос несоблюдения здоровьесохранительных норм и предпочтения значительной частью населения нездорового образа жизни здоровому является серьёзной проблемой [63].

Его разрешение возможно только через изменение отношения человека к собственному здоровью, в ходе которого необходимо привить осознанный подход к пониманию его роли в жизни человека.

### **1.3 Взаимосвязь характерологических особенностей личности и отношения к своему здоровью и ведению здорового образа жизни**

Состояние психической сферы человека определяется в первую очередь наличием или отсутствием внутреннего ощущения комфорта и достаточным уровнем поведенческой регуляции. Состояние психического здоровья поддерживается на должном уровне наличием должных биологических и социальных потребностей, при условии сохранения возможности для их реализации [60].

Индивидуальное психологическое неблагополучие и неадаптивные стратегии реагирования часто являются причинами сниженного тонуса, плохого самочувствия и способствуют развитию хронических заболеваний. В случае развития заболевания нередки случаи, когда люди с дезадаптивными моделями поведения, по сути, выбирают болезнь вместо

поиска путей активного совладания с проблемой. Немаловажную роль здесь играют факторы «вторичной выгоды», которую может дать болезнь [10].

А. Маслоу называл самоактуализацию одним из главных критериев здоровья. Он описывает здорового человека как «зрелого, с высокой степенью самоактуализации». При этом Маслоу считает, что в полной мере охарактеризовать самоактуализированную личность без учёта её основных ценностных факторов неприемлемо [39].

Специфика феномена «здоровье» заключается в сложности его изучения, которое отчасти объясняется тем, что в основе поведенческих стратегий, направленных на здоровье, подчас лежат конфликтующие потребности, а часть их направляется мотивами, лишь косвенно связанными со здоровьем [67].

Самостоятельное сохранение здоровья требует от человека систематических усилий, являясь процессом, базирующимся на трёх составляющих: самопознании, самореализации и самовоспитании.

Человек уникален тем, что он приспосабливается к новым вызовам с использованием преимущественно культурных механизмов, в то время как все остальные живые существа используют механизмы генетические. В усилиях, направленных на защиту и улучшение собственного здоровья, человек также использует в основном свои навыки приспособления к среде, задействуя их через управление своим поведением.

Врождённые и приобретённые жизненные программы формируют поведенческие стратегии, которые в комплексе образуют поведенческую доминанту, которая может выступать как в здоровьесберегающем, так и в саморазрушительном значении.

Концепция о трёхкомпонентной структуре включает в человеческое поведение 3 элемента: когнитивный, аффективный и преобразующий [29].

Данные типы поведения сочетаются в структуре личности в определённой пропорции, однако часто один из компонентов может значительно доминировать, создавая таким образом, личностные

акцентуации, которые оказывают негативное воздействие на две другие сферы человеческой деятельности.

Акцентуации влияют на поведение человека и имеют тенденцию к усилению под воздействием некоторых социальных факторов, что приводит к появлению самовоспроизводящегося многоуровневого цикла личностных проблем [29].

Человек, попавший в подобную ситуацию, оказывается в зоне бифуркации. В подобном состоянии направление развития личности может резко изменяться под влиянием почти любых внешних обстоятельств, формируя так называемое постбифуркационное поведение, которое почти не связано с предыдущими стадиями естественного роста личности и как будто вырвано из контекста естественного развития. Важно отметить, что человек в норме также может продемонстрировать непредсказуемое поведение, оказавшись в критической ситуации.

Для формирования мотивации личности важную роль играет правильность целеполагания, а именно значимость самой цели и возможность её достижения.

Многие авторы считают, что при высоком уровне самоконтроля и саморегуляции, путём совершенствования своей психологической составляющей человек имеет возможность управления собственным здоровьем, поэтому и целью, и средством психологии здоровья является формирование гармонически развитой личности [37].

Данный процесс происходит в основном посредством освоения эффективных способов преодоления сложных ситуаций. Конструктивные способы поведения – это активные, систематические, осознанные и адекватные в отношении условий и собственных возможностей усилия, направленные на преодоление имеющихся препятствий.

Их сферой применения могут быть как внешние обстоятельства, когда человек прилагает усилия для улучшения условий своей

жизнедеятельности, так и внутренний мир человека, когда он фокусируется на активизации собственных возможностей.

Именно усвоение конструктивных способов поведения значительно повышает личностный потенциал, развивая жизненную компетенцию человека и его волевые качества, а посредством достижения поставленных целей повышает его уверенность в себе и чувство собственной значимости [24].

В психология здоровья принято определять образ жизни как «одну из важнейших биосоциальных категорий, интегрирующих представления об определённом виде (типе) жизнедеятельности человека» [47].

Соответственно, здоровый образ жизни – это целостная система жизненных проявлений личности, способствующая гармонизации её индивидуальности с условиями жизнедеятельности, являющаяся при этом средством самоактуализации личности, то есть он является прямым отражением взаимосвязи образа жизни индивида и его здоровья [14].

Здоровый образ жизни, или как его часто называют – ЗОЖ, по своему определению имеет много общего с физической культурой – это социальные явления, направленные на психофизическое развитие и оздоровление человека.

Обе данные категории оказывают значительное воздействие на формирование личности. На бытовом уровне понятия ЗОЖ и личной физической культуры часто воспринимаются практически как синонимы в силу их очевидной смысловой близости.

Переходя к мотивации ЗОЖ, следует отметить, что заставить человека изменить подход к укреплению собственного здоровья и отказаться от деструктивного образа жизни посредством директивного стиля невозможно [39].

Изменение возможно только путём повышения осознанности, с опорой на которую уже можно говорить о формировании правильного подхода к формированию стиля здорового поведения человека. По мнению

многих исследователей [33; 67], определяющее значение для формирования ЗОЖ имеет семь мотивов, основные из которых отражены на рисунке 4.

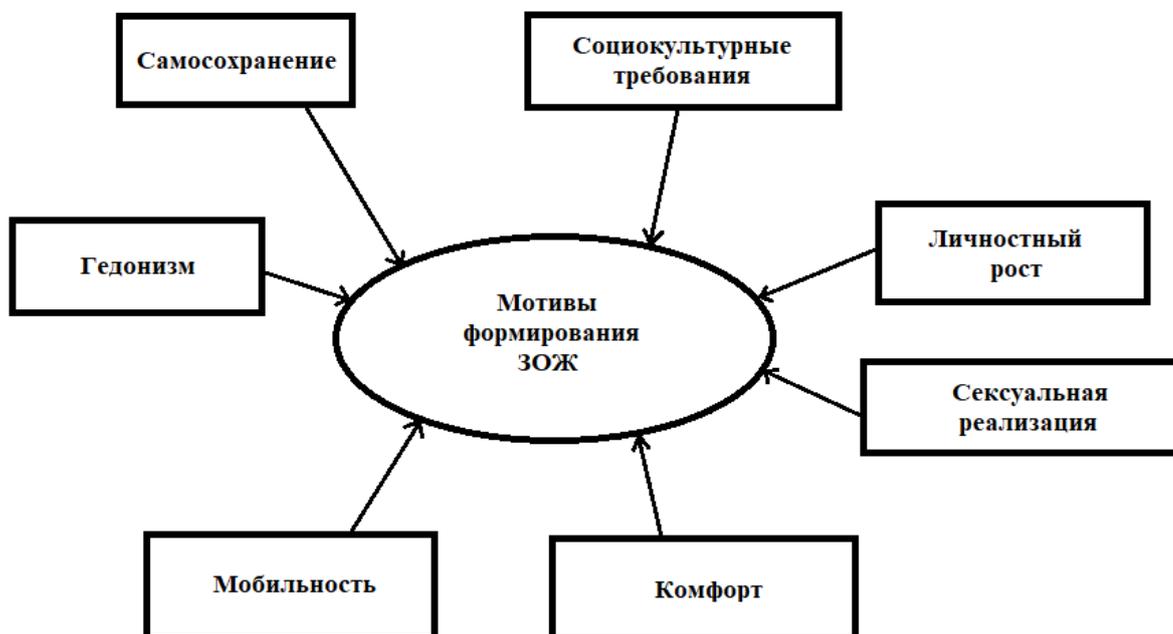


Рисунок 4 – Определяющие мотивы для формирования ЗОЖ

Следует отметить, что все семь мотиваций не могут быть осознанно значимыми одновременно.

Переход к здоровому образу жизни осуществляется посредством формирования нового взгляда на себя и на мир, направленного на самораскрытие личности.

Отношение к своему здоровью является системой индивидуальных связей человека с обстоятельствами окружающего мира. Они могут нести как возможности, так и риски для здоровья человека [24].

Цель всех здоровьесоблюдающих техник в психологии и соответствующих разделах смежных наук (социологии, психологии, педагогики) – сделать процесс поддержания и улучшения здоровья основным приоритетом, естественной потребностью и нормой жизни на всех её этапах.

Отношение человека к своему здоровью не только является отражением индивидуального опыта, но и само оказывает значительное влияние на поведение человека и его образ жизни. Множество болезней в современном мире обусловлены именно поведением самого человека. Н.М. Амосов писал: «Неправильное поведение людей является более часто причиной их болезней, чем внешние воздействия или слабость человеческой природы» [4].

Однако следует отметить, что степень личной ценности здоровья не имеет прямой корреляции с индивидуальной активностью человека по его поддержанию: например, в проведённом исследовании только 20% здоровых людей согласились с тем, что основным фактором сохранения здоровья является должное к нему отношение, в то время как согласившихся с этим утверждением среди представителей группы больных было ещё меньше (9,6%) [3].

В последнее десятилетие был проведён ряд исследований влияния личностных особенностей на факторы здоровья индивида.

В исследовании Е.С. Игнатовой и Н.А. Рудновой личностные особенности рассматривались как детерминанта прокрастинации [21].

Авторами была выдвинута гипотеза, согласно которой в основе поведения, склонного к систематическому риску для здоровья и проявляющегося в том числе в отсутствии склонности к здоровому образу жизни может лежать прокрастинация, выступающая в данном случае в качестве личностной диспозиции.

Выборка составила 225 человек (возраст 19–65 лет). В ходе исследования измерялись следующие показатели: общий уровень прокрастинации, личностные черты, отношение к здоровью и его показатели, индекс откладываемого лечения. Обследуемые были разделены на две группы: ведущие здоровый образ жизни, и лица, не склонные вести ЗОЖ.

Сравнительный анализ показал значительные различия между двумя группами.

Обследованные из первой группы проявили склонность к активному совладанию с болезнью. В среднем высоко оценивая показатели своего базового уровня здоровья, они с большой степенью вероятности воспользуются медицинской помощью при наступлении болезни, в то время как обследованные из второй группы чаще будут игнорировать ухудшение своего самочувствия.

Высокие показатели здоровья по первой группе показали корреляцию с такими проявлениями личностных качеств, как экстравертированность, высокие коммуникативные навыки, сниженный уровень базовой тревожности и высокая стрессоустойчивость, а также принятие на себя ответственности за своё физическое состояние.

Авторы исследования считают, что подобный результат обусловлен тем, что в некотором значении прокрастинация и ЗОЖ являются разными полюсами одной шкалы, так как ведение здорового образа жизни предполагает систематическое выполнение определенных действий, направленных на поддержание хорошего физического состояния, в то время как прокрастинация направлена на их купирование [21].

Однако в полной мере противопоставлять данные явления нельзя, так как прокрастинация – это в первую очередь устойчивая личностная диспозиция, в то время как ЗОЖ – это стиль поведения, или комплекс определённых действий, фундаментом для которых выступают в том числе и личностные особенности.

Однако полученные авторами результаты свидетельствуют о наличии устойчивой корреляции между личностными характеристиками в целом и прокрастинацией в частности, а также общим состоянием здоровья.

И.Ф. Демидовой было проведено исследование личностных детерминант отношения к здоровью [16]. Автор сфокусировалась на

изучении влияния смысложизненных ориентаций и копинг-стратегий на выбор здоровьесберегающего или здоровьеразрушительного поведения.

Выборку исследования составили 60 обследуемых, разделённые на 3 возрастные группы. По результатам тестирования было установлено, что тревога в отношении собственного здоровья обычно увеличивается с возрастом, однако данный факт не приводит человека к здоровому образу жизни, вследствие общего снижения физической активности.

Подтверждены значительные гендерные различия в отношении к своему здоровью: женщины продемонстрировали значительно большее доверие специалистам, они чаще обращаются за медицинской помощью, не дожидаясь перехода болезни на новые уровни развития.

Мужчины часто занимаются самолечением и критично настроены в отношении качества врачебных услуг, при этом не склонны ограничивать себя во вредных привычках.

В ходе проведённого корреляционного анализа были установлены основные личностные детерминанты, влияющие на отношение к здоровью, среди которых были выявлены существенные возрастные и гендерные различия.

Для молодых мужчин это активность, осмысленность жизни, наличие жизненных целей, удовлетворенность процессом или недостаточная удовлетворенность результатами жизни и фатализм, а также копинг-стратегии: планирование решения проблем и положительная переоценка; у пожилых мужчин же основными личностными детерминантами отношения к здоровью оказались тревожность, уровень самочувствия, низкая активность, неудовлетворенность процессом жизни, и неверие в управляемость жизни.

Общими детерминантами оказались осмысленность жизни, активность и копинг-стратегии. Авторы также пришли к выводу, что по охвату наиболее эффективна пропаганда здорового образа жизни на когнитивном уровне [16].

Современный человек порой демонстрирует совершенно парадоксальное отношение к собственному здоровью: при отмечаемой во всех исследованиях выраженной потребности в обеспечении хорошего здоровья он редко предпринимает адекватные для достижения этой цели усилия.

Формированию правильного здоровьесохрительного подхода человека препятствует ряд факторов, которые можно разделить на две группы, наиболее значительной из которых являются причины психофизического характера [7], основные из которых графически отображены на рисунке 5.

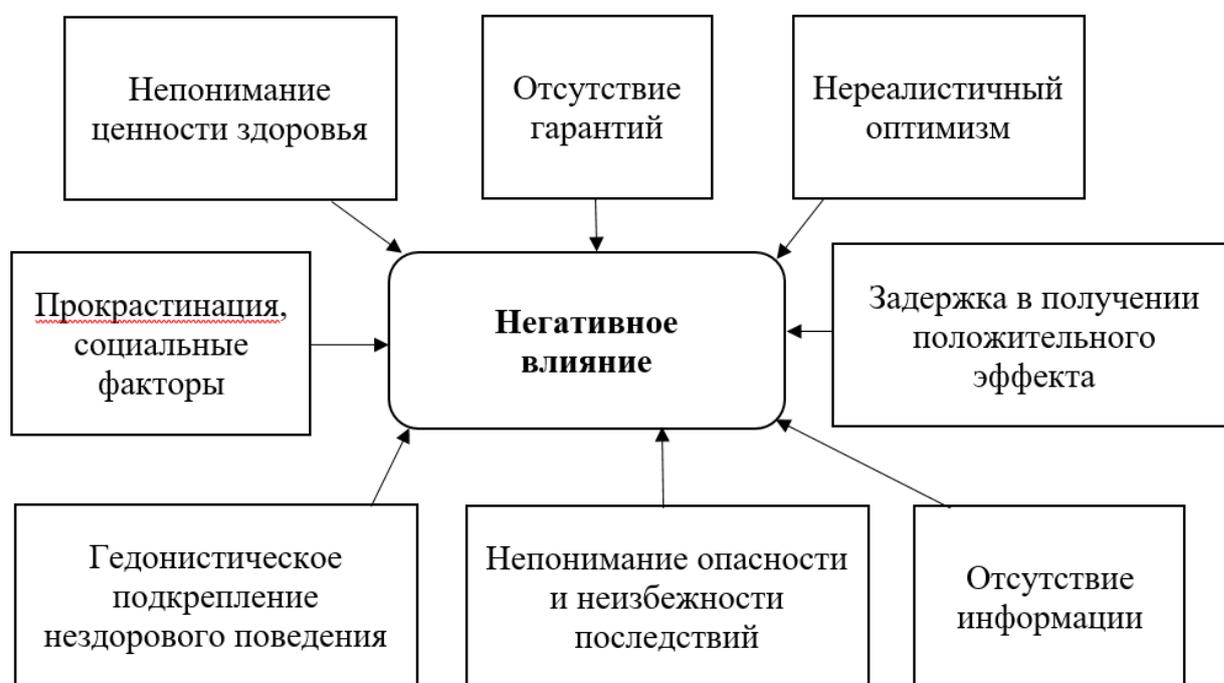


Рисунок 5 – Психофизические факторы негативного влияния на формирование ЗОЖ

Рассмотрим вышеуказанные факторы подробно.

Непонимание ценности здоровья. Здоровый человек, как правило, не осознаёт весь уровень ценности личного здоровья. Хорошее самочувствие и наличие необходимой для достижения своих целей энергии воспринимаются как данность и непреложная норма, а потребность в заботе

о своём здоровье и понимание его фундаментальной значимости приходят только по мере его утраты или как минимум при появлении симптоматики, создающей ощутимые проблемы для осуществления привычной жизнедеятельности.

Отсутствие гарантий. Несмотря на то, что существует очевидная статистическая взаимосвязь между наличием в жизни человека факторов риска для здоровья и возникновением болезни, они не сразу и не во всех случаях приводят к развитию болезненных состояний. При этом и здоровый образ жизни не является гарантированным способом сохранения хорошего здоровья и достижения долголетия.

Два данных фактора в целом потворствуют появлению легкомысленного отношения к собственному здоровью, с переключением ответственности за него на судьбу и внешние обстоятельства [40].

Феномен «нереалистичного оптимизма», развитие которого объясняется отсутствием должного понимания состояния болезни у ранее никогда серьёзно не болевших людей, а также надежда на неизбежное и скорое излечение в случае перехода индивида в болезненное состояние [71].

Также следует отметить высокие показатели неадекватного завышения в самооценке здоровья в целом по популяции. Исследования показали, что даже медики – категория населения, имеющая максимально высокий уровень знаний о здоровье человека, оценивают уровень своего здоровья неоправданно высоко. Например, в ходе одного из масштабных исследований состояния здоровья врачей ни один из докторов-мужчин не отметил свой предполагаемый уровень здоровья как неудовлетворительный [59].

Прокрастинация и отвлекающие социальные факторы. Многие люди почти не имеют опыта заботы о своём здоровье, этот процесс воспринимается ими как нечто малопонятное и эфемерное, в то время как бытовые и социальные вопросы считаются не терпящими отлагательств и занимают

всё свободное время. В итоге часто даже хронически больные люди не предпринимают должных мер для облегчения своего состояния [59].

Ряд нездоровых форм поведения человека порой является быстрым источником получения гедонистического удовольствия, в то время как вредные последствия воспринимаются как отдалённые во времени и не гарантированные в принципе.

Н.М. Амосов называл данное явление конкуренцией целей: так как время и ресурсы ограничены и на реализацию всех целей их не хватит, возникает ситуация выбора, в которой человек сильного психологического типа будет принимать свои решения исходя из высокой значимости своего будущего, но более слабый может исходить из сиюминутных желаний, и скорее предпочтёт «синицу в руках», не слишком задумываясь о последствиях своего выбора [4].

Непонимание и недооценивание человеком уровня опасности и стратегической неизбежности последствий принимаемых им решений в отношении сохранения своего здоровья, его зависимости от собственного поведения в целом. Некоторые воспринимают своё тело почти как обузу, мешающую реализации своих планов, а такие аспекты ЗОЖ, как соблюдение режима питания, поддержание личной гигиены, сохранение баланса между работой и отдыхом, соблюдение норм бытовой культуры – напрасной тратой времени и сил [74].

Отсутствие адекватной информации о здоровье и необходимого опыта заботы о нём. Не обеспеченный необходимой базовой информацией в области здравоохранения человек может стать жертвой избирательности собственного восприятия, при которой новая информация будет отвергаться или критиковаться, как не соответствующая сложившимся представлениям.

Затраченные при поддержании ЗОЖ усилия как правило не сразу приводят к осязаемому положительному эффекту (так называемый «эффект задержанной обратной связи»), что является одной из основных опасностей для сохранения мотивации гигиенического поведения [44].

Отсутствие необходимого опыта ведения ЗОЖ и наличие избыточного веса являются факторами, усложняющими получение позитивного подкрепления при занятиях спортом.

Часто при отсутствии позитивного подкрепления человек, недостаточно освоивший базу ЗОЖ, бросает свои попытки, посчитав их напрасными, и может никогда более не предпринимать попыток их возобновить, исходя в дальнейшем из полученного негативного опыта.

Помимо вышеуказанных причин психофизического характера формированию неадекватного восприятия собственного здоровья способствуют также социально-психологические факторы, которые мы рассмотрим ниже.

Следует отметить, что само понятие «здоровье» воспринимается многими как некая абстрактная категория. В результате люди, испытывающие проблемы со здоровьем, часто мечтают о хорошем самочувствии, однако не прикладывают к решению вопроса системных усилий.

Почти все исследования отмечают важность здоровья в иерархии личностных ценностей, между тем на деле многие обследуемые оказываются не самыми здоровыми людьми [45].

Важным мотивирующим фактором являются особенности социального окружения человека на всех уровнях. Подчас именно окружение оказывает определяющий негативный эффект на отношение к своему здоровью и потворствует созданию нездоровых моделей поведения, которым человек следует с целью получения одобрения от значимых для него людей.

Также отметим, что и при отсутствии непосредственного давления социального окружения на личность происходит опосредованное влияние социума, провоцирующее т.н. эффект «социального облегчения» [48].

Таким образом, проанализировав подходы к изучению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношения к своему

здоровью и ведению здорового образа жизни в современной психологической литературе можно сделать вывод, что данный вопрос является относительно изученным, однако большая часть исследований по данной теме ведётся в психосоциальном аспекте.

### Выводы по первой главе

За 150 лет активного изучения свойств характера систематически предпринимались попытки подвести научную базу под разнообразие психологических типов, что привело к появлению ряда классификаций характеров и созданию целого корпуса литературы о характере как психологическом феномене.

В свою очередь, исследования в области отношения к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни являются одной из важных проблем для современной психологической науки, так как человеческое здоровье – это не только основной ресурс для личностного и социального развития, но и особая личностная ценность, определяющая качество жизни индивида.

Доказано, что в структуре здоровья важную роль играют социально-психологические функции.

Сочетание врождённых и усвоенных жизненных программ формирует поведенческие стратегии, которые в комплексе образуют поведенческую доминанту, влияющую на все сферы жизни человека, в том числе на его отношение к собственному здоровью.

Человек способен приспосабливаться к множеству вызовов, преимущественно с опорой на культурно-социальные и психологические механизмы.

Однако современный человек часто демонстрирует парадоксальное отношение к своему здоровью – при наличии выраженной потребности в

обеспечении хорошего уровня здоровья он не предпринимает адекватные усилия для достижения заявленной цели.

Рядом исследований доказано, что на отношение к собственному здоровью оказывает влияние множество факторов психофизического и психосоциального характера.

Однако исследования факторов влияния на отношение к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни в аспекте характерологических особенностей личности по состоянию на сегодняшний день ведутся лишь фрагментарно.

Между тем неоднократно доказано, что акцентуированные черты характера оказывают существенное влияние на поведение человека, таким образом, они не могут не воздействовать на один из ключевых показателей жизнедеятельности – отношение к собственному здоровью.

## **Глава 2 Эмпирическое исследование характерологических особенностей личности в контексте здорового образа жизни**

### **2.1 Организация исследования характерологических особенностей личности и отношения к здоровью и ведению здорового образа жизни, выбор методик исследования**

Целью нашего эмпирического исследования является выявление характерологических особенностей личности, оказывающих негативное воздействие на факторы формирования здоровьесохранительного подхода.

Рассмотрев в ходе теоретического этапа исследования аспекты характерологических особенностей личности, факторы здорового образа жизни в контексте психологии здоровья, а также основные подходы к изучению взаимосвязи характерологических особенностей личности и здорового образа жизни в психологической литературе, мы переходим к организации эмпирического исследования, с целью последующей выработки рекомендаций по повышению уровня здоровьесберегающего поведения за счёт снижения показателей акцентуации, оказывающих негативное воздействие на отношение к собственному здоровью.

Эмпирическое исследование было организовано с применением методов психологической диагностики, путём проведения нескольких связанных между собой этапов, описанных ниже:

- определение методической базы;
- проведение диагностики характерологических особенностей личности по всей выборке обследуемых;
- анализ полученных данных и определение основной акцентуированной черты личности;
- проведение диагностики отношения к здоровому образу жизни по группам, подобранным с учётом наличия акцентуированной черты личности;

- сравнительный анализ полученных результатов;
- разработка рекомендаций по повышению уровня здоровьесохранительного поведения.

Опытно-экспериментальную базу исследования составил коллектив штатных и внештатных сотрудников ООО «Интерлингва» (г. Москва), 50 человек (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 26 до 39 лет.

Исследование проводилось в период с июня по декабрь 2024 года.

Результаты, полученные при проведении тестирования, обрабатывались с помощью системы автоматизированного подсчёта данных сайта [psyttests.org](https://psyttests.org).

Подбор методик исследования производился исходя из гипотезы работы, согласно которой чрезмерно усиленные (акцентуированные) характерологические особенности личности оказывают значимое негативное влияние на отношение человека к собственному здоровью, здоровьесохранительному подходу и ведению здорового образа жизни.

В силу проведения исследования на сравнительно небольшой выборке и наличия непараметрических данных, для статистической проверки методом корреляционного анализа был использован коэффициент ранговой корреляции ( $r$ -критерий) Спирмена.

Перед проведением диагностических мероприятий с обследуемыми была проведена короткая беседа, в ходе которой были сообщены основные сведения о сути проводимого исследования, даны разъяснения по методикам, сообщены сведения о конфиденциальности полученных ответов.

С целью изучения характерологических особенностей личности и определения отношения к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни были использованы нижеуказанные методики.

Опросник Большой пятёрки (авторы О. Джон и К. Сото, адаптация С.А. Щебетенко и А.Ю. Калугиной).

Использовалась одна из последних методик тестирования в рамках модели Большой пятёрки – оригинальная версия 2015 года, адаптация 2018 года. Методика позволяет детально оценить личностные черты человека и его поведенческие особенности путём построения диспозициональной модели личности [54].

Данная методика была выбрана в силу ряда преимуществ, среди которых следует отметить следующие:

- Каждая шкала и субшкалы имеют достаточное количество пунктов для эффективного измерения черт, однако сам тест при этом является весьма лаконичным, что в целом делает методику компактной и удобной для обработки результатов.
- Шкалы состоят из трёх субшкал, каждая из которых включает по четыре пункта – два прямых и два обратных, что позволяет исследовать не только общие черты личности, но и их составляющие.
- Из 60 пунктов 30 являются реверсивными, каждая черта измеряется 12 пунктами (6 реверсивных), а каждая субшкала – 4 пунктами (2 реверсивных). По мнению авторов, это позволяет снизить эффекты согласия респондентов, а также склонность к крайним ответам, таким образом можно говорить о строгой сбалансированности структуры методики [64].
- Русскоязычная версия опросника Большой пятёрки может считаться надёжным и валидным инструментом для измерения основополагающих черт личности и их аспектов [23].

Опросник состоит из 60 вопросов, каждый из которых предполагает один из пяти вариантов ответов, оцениваемых согласно приведённому ниже списку:

- абсолютно не согласен – минус 2 балла,
- скорее не согласен – минус 1 балл,
- нет мнения/нейтрально – минус 2 балла,
- скорее согласен – 1 балл,
- абсолютно согласен – 2 балла.

Модель личности в данной методике строится на основании пяти шкал: «Экстраверсия», «Доброжелательность», «Добросовестность», «Невротизм», «Открытость опыту».

Каждая шкала включает три субшкалы: «Экстраверсия» – «общительность», «настойчивость», «энергичность»; «Доброжелательность» – «сочувствие», «уважительность», «доверие»; «Добросовестность» – «организованность», «продуктивность», «ответственность»; «Невротизм» – «тревожность», «депрессивность», «эмоциональная изменчивость»; «Открытость опыту» – «любопытность», «эстетичность», «творческое воображение».

Инструкция содержит ключевую фразу «Я – человек, который...», пункты представляют собой словосочетания, которые респонденту необходимо оценить по 5-балльной шкале (от «абсолютно не согласен» до «абсолютно согласен»).

Далее производится подсчёт сырых баллов по всем шкалам и субшкалам с последующим переводом в проценты.

Пределы нормализации определены на уровне от 4,2% до 100% для субшкал и от 12,6% до 100% для основных шкал.

Показатели распределены по всем шкалам следующим образом:

- от 0% до 30% – низкие показатели,
- от 31% до 70% – средние показатели,
- от 71% до 100% – высокие показатели.

Результаты по пяти шкалам и составляющим их субшкалам позволяют в достаточной степени раскрыть тенденции, черты и способности, составляющие диспозиционную модель личности.

Опросник черт характера ОЧХ (автор Г. Шмишек, адаптация В.М. Русалов и О.Н. Манолова).

Методика представляет собой переработанный тест Г. Шмишека, она позволяет выявить индивидуальный профиль характера, состоящий из «деакцентуаций», «нормы» и «акцентуаций» [56].

Опросник состоит из 80 вопросов, предполагающих 4 варианта ответов:

- полностью согласен,
- согласен,
- скорее не согласен,
- совершенно не согласен.

Ответы оцениваются по 4-балльной шкале, после чего сырые баллы переводятся в стеновые и распределяются по шкалам, каждая из которых включает равное количество пунктов. Всего представлено 10 шкал:

- «Демонстративность»,
- «Застревание»,
- «Педантичность»,
- «Возбудимость»,
- «Гипертимность»,
- «Дистимность»,
- «Тревожность»,
- «Экзальтированность»,
- «Эмотивность»,
- «Циклотимность».

Значение показателей по каждой шкале определены следующим образом:

- от 0 до 3 стенов – низкие показатели,
- от 4 до 6 стенов – средние показатели,
- от 7 до 10 стенов – высокие показатели.

Данная методика имеет высокий показатель внутренней надёжности (коэффициент альфа Кронбаха не ниже 0,70 для всех шкал), позволяет проанализировать усреднённые характеристики выборки и индивидуальный профиль характера субъекта, динамику отдельных черт и их согласованность в структуре характера, а также оценить крайние выраженности черт (акцентуации и деакцентуации) [38].

Методика была выбрана с целью проверки и уточнения характерологических особенностей обследуемых, а также установления акцентуированной черты с наиболее высокими показателями, для дальнейшего разделения по данному критерию на 2 группы выборки.

Опросник Профиль здорового образа жизни ПроЗож (автор С. Уолкер, адаптация М.Д. Петраш, О.Ю. Стрижицкая и И.Р. Муртазина).

Опросник разработан для измерения многокомпонентной структуры здорового образа жизни и используется для оценки как среди здоровых людей, так и в контексте определенных заболеваний [46].

Подход, предложенный авторами, позволяет оценить сопутствующие факторы, влияющие на поведение, направленное на сохранение и укрепление здоровья.

Стимульный материал состоит из 52 вопросов, каждый из которых предполагает один из четырёх вариантов ответа, оцениваемых согласно приведённой ниже балльной системе:

- не согласен – 1 балл,
- скорее не согласен – 2 балла,
- скорее согласен – 3 балла,
- полностью согласен – 4 балла.

Баллы распределяются по 6 шкалам согласно матрице, со следующими показателями нормализации:

- шкала «Ответственность за здоровье» – от 9 до 36 баллов,
- шкала «Физическая активность» – от 8 до 32 баллов,
- шкала «Питание» – от 9 до 36 баллов,
- шкала «Внутренний/духовный рост» – от 9 до 36 баллов,
- шкала «Межличностные отношения» – от 9 до 36 баллов,
- шкала «Управление стрессом» – от 8 до 32 баллов.

Первые три шкалы авторы методики относят к конструктам, которые исследуют наблюдаемое поведение (ответственность за здоровье, физическая активность и питание), а оставшиеся три (духовный рост,

межличностные отношения и управление стрессом) – к когнитивным и эмоциональным компонентам благополучия, которые они называют психосоциальным благополучием [46].

Высокие значения шкал указывают на сформированность поведения, направленного на укрепление своего здоровья, низкие – на недостаточную сформированность.

Психометрический анализ показал содержательную и конвергентную валидность методики, а также высокую согласованность как всего опросника, так и отдельных шкал [46]. Опросник применяется для исследования профилактики заболеваний и продвижения здорового образа жизни, а также в медицинской практике для оценки поведения, способствующего укреплению здоровья у пациентов.

Опросник нарушений здорового поведения (авторы Е.Л. Луценко и О.Е. Габелкова).

Методика диагностирует общий показатель склонности к нарушению правил здорового образа жизни в целом, а также отдельные показатели нездорового поведения [34].

Измеряемым показателем является тенденция к пренебрежению собственным телом, которая, по мнению авторов опросника, лежит в основе саморазрушающего поведения. Данная тенденция свидетельствует о наличии общего пренебрежительного отношения к своему здоровью и телу.

При наличии подобного отношения индивид игнорирует interoцептивные сигналы тела, не пропуская их в область осознаваемого, в результате чего тело утрачивает функциональность, а физический дискомфорт становится привычным состоянием, для которого подыскиваются те или иные оправдания, объясняющие невозможность выхода из данного состояния.

Опросник состоит из 63 вопросов, каждый из которых является утверждением, начинающимся со слов «Я могу...» или «Если мне

предложат», и предполагающим один из четырёх вариантов ответа, за которые начисляются следующие баллы:

- никогда – 1 балл,
- редко – 2 балла,
- часто – 3 балла,
- всегда – 4 балл.

Полученные баллы напрямую учитываются в основной шкале «Общая склонность к нарушению здорового поведения», а также распределяются в соответствии с матрицей по 8 дополнительным шкалам. Значения показателей по шкалам приведены ниже:

- шкала «Общая склонность к нарушению здорового поведения»: 63-105 баллов – низкие показатели, 106-149 баллов – средние показатели, 149-252 – высокие показатели;
- шкала «Тяга к курению»: 9-22 балла – низкие показатели, 23-36 баллов высокие показатели;
- шкала «Нарушения питания»: 7-20 баллов – низкие показатели, 21-28 баллов высокие показатели;
- шкала «Пренебрежение безопасностью»: 12-28 баллов – низкие показатели, 29-48 баллов высокие показатели;
- шкала «Тяга к алкоголю»: 9-22 балла – низкие показатели, 23-36 баллов высокие показатели;
- шкала «Погоня за модным имиджем»: 9-24 балла – низкие показатели, 53-36 баллов высокие показатели;
- шкала «Низкий самоконтроль»: 7-20 баллов – низкие показатели, 21-28 баллов высокие показатели;
- шкала «Эмоциональная некомпетентность»: 6-16 баллов – низкие показатели, 17-24 баллов высокие показатели;
- шкала «Саморазрушительное поведение»: 4-6 баллов – низкие показатели, 7-16 баллов высокие показатели.

Названия большинства шкал не требуют отдельного разъяснения, так как их содержание полностью отражено в самих названиях. Шкала «Эмоциональная некомпетентность» содержит результаты ответов на вопросы о наличии неэффективных стратегий противодействия стрессу (соматизация тревоги, ипохондрические тенденции, депрессивное реагирование, концентрация на негативных эмоциях и тому подобные). Шкала «Саморазрушительное поведение» измеряет факторы необдуманного и рискованного бытового и социального поведения.

Таким образом, для проведения эмпирического этапа исследования было определено 4 психодиагностические и 1 статистическая методики.

До начала тестирования со всеми обследуемыми была проведена разъяснительная беседа, а также получены письменные согласия на проведение диагностики, с использованием полученных результатов в научных целях.

## **2.2. Анализ полученных результатов**

Проведение эмпирического исследования было организовано в несколько последовательных этапов:

- предварительный этап;
- исследование характерологических особенностей (50 человек);
- исследование отношения к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни (2 группы, по 25 человек каждая);
- статистический анализ полученных данных.

Предварительный этап. На данном этапе был выполнен ряд последовательных действий:

- знакомство,
- разъяснительная беседа,
- краткое анкетирование,
- подписание нормативных документов.

Выборка обследуемых представлена коллективом штатных и внештатных сотрудников ООО «Интерлингва» (г. Москва), 50 человек (20 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 26 до 39 лет.

В разъяснительной беседе до обследуемых донесена информация о целях проводимого исследования, содержания применяемых методик тестирования, строгой анонимности и конфиденциальности полученных ответов.

Проведённым кратким анкетированием установлены идентификационные данные, пол и возраст обследуемых, уровень образования (100 % имеют как минимум одно высшее образование).

Всеми обследуемыми подписаны письменные согласия на участие в исследовании.

Исследование характерологических особенностей.

Опросник Большой пятёрки (авторы О. Джон и К. Сото, адаптация С.А. Щebetенко и А.Ю. Калугиной, 2018 год).

При проведении тестирования каждый из участников исследования ответил на 60 вопросов. После подсчёта баллов были отмечены следующие результаты:

- общие высокие показатели по шкале «Невротизм» были зафиксированы у 18 человек;
- высокие показатели по субшкале «Тревожность» отмечены у 22 человек, из них крайние – у 4 человек (8%);
- были отмечены сниженные показатели по шкалам «Экстраверсия» (46%) и «Открытость опыту» (44%).

Полученные результаты в значительной степени могут объясняться спецификой профессии письменного переводчика, которая требует ряда профессиональных качеств, таких как: высокий уровень интеллектуального развития, трудоспособность, усидчивость, умение фокусироваться на выполняемой задаче, способность к монотонному труду, а за счёт их развития способствует проявлению соответствующих характерологических

особенностей: консерватизму, интровертивности, ригидности, снижению социальных контактов, и так далее.

В таблице 2 мы приводим количественные и процентные результаты по основным шкалам опросника по методике Большой пятёрки.

Таблица 2 – Результаты применения опросника по методике Большой пятёрки (BFI-2)

| Шкала / субшкала             | Низкие показатели |          | Средние показатели |          | Высокие показатели |          |
|------------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|
|                              | кол-во человек    | проценты | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | проценты |
| «Экстраверсия»               | 23                | 46%      | 15                 | 30%      | 12                 | 24%      |
| «Общительность»              | 15                | 30%      | 24                 | 48%      | 11                 | 22%      |
| «Настойчивость»              | 27                | 54%      | 12                 | 24%      | 11                 | 22%      |
| «Энергичность»               | 26                | 52%      | 11                 | 22%      | 13                 | 26%      |
| «Доброжелательность»         | 16                | 32%      | 21                 | 42%      | 13                 | 26%      |
| «Сочувствие»                 | 16                | 32%      | 21                 | 42%      | 13                 | 26%      |
| «Уважительность»             | 15                | 30%      | 19                 | 38%      | 16                 | 32%      |
| «Доверие»                    | 17                | 34%      | 23                 | 46%      | 10                 | 20%      |
| «Добросовестность»           | 15                | 30%      | 23                 | 46%      | 12                 | 24%      |
| «Организованность»           | 18                | 36%      | 19                 | 38%      | 13                 | 26%      |
| «Продуктивность»             | 13                | 26%      | 25                 | 50%      | 12                 | 24%      |
| «Ответственность»            | 14                | 28%      | 25                 | 50%      | 11                 | 22%      |
| «Невротизм»                  | 11                | 22%      | 21                 | 42%      | 18                 | 36%      |
| «Тревожность»                | 8                 | 16%      | 20                 | 40%      | 22                 | 44%      |
| «Депрессивность»             | 11                | 22%      | 22                 | 44%      | 17                 | 34%      |
| «Эмоциональная изменчивость» | 14                | 28%      | 20                 | 40%      | 16                 | 32%      |
| «Открытость опыту»           | 22                | 44%      | 17                 | 34%      | 11                 | 22%      |
| «Любознательность»           | 22                | 44%      | 18                 | 36%      | 10                 | 20%      |
| «Эстетичность»               | 25                | 50%      | 15                 | 30%      | 10                 | 20%      |
| «Творческое воображение»     | 18                | 36%      | 18                 | 36%      | 14                 | 28%      |

При анализе данных становится очевидно, что наибольшее количество высоких показателей было получено по шкале «Невротизм» (36%). При этом низкие показатели по данной шкале только у 22%. По высоким показателям данная шкала значительно опережает остальные, что становится очевидным после графического отражения полученных результатов по высоким показателям на рисунке 6.

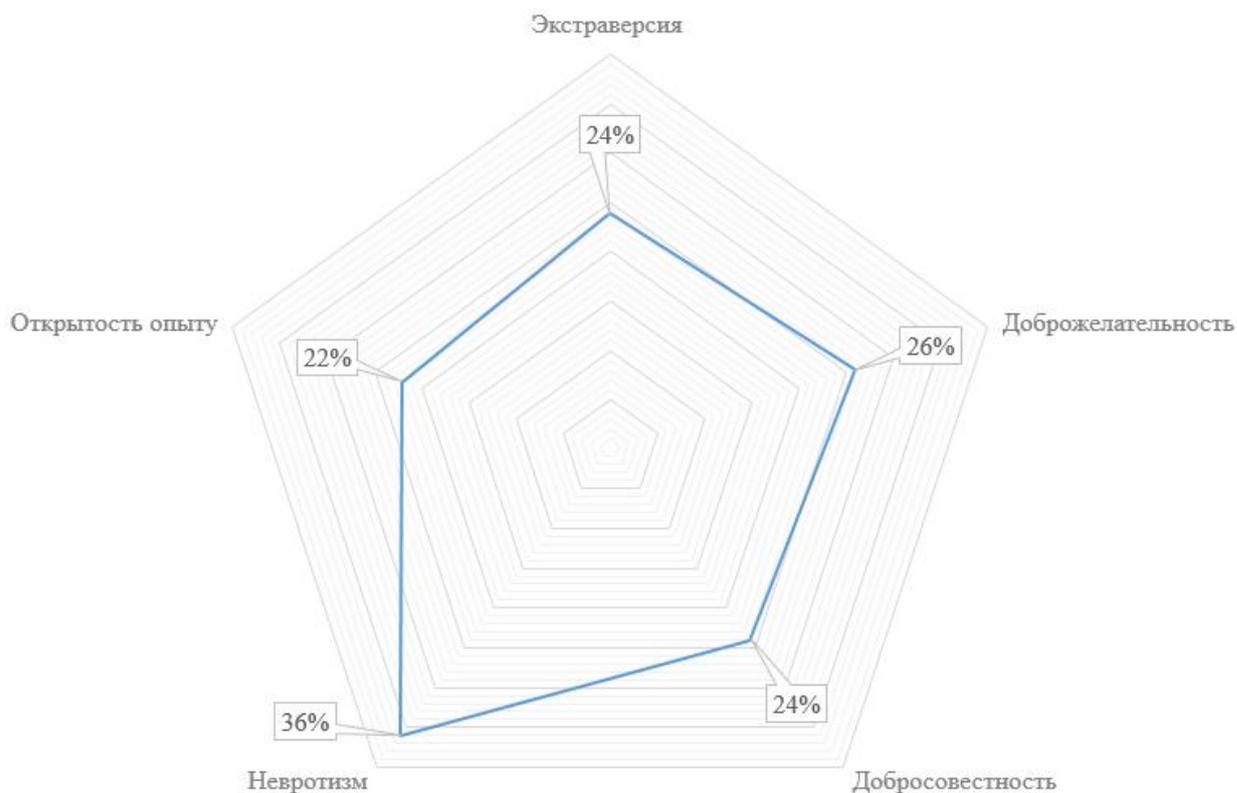


Рисунок 6 – Сравнение результатов методики Большой пятёрки по высоким показателям

Набравшие высокие баллы по шкале «Невротизм» как правило эмоционально чувствительны и склонны к перепадам настроения. При наличии высоких показателей по данной шкале можно говорить о эмоциональной реактивности, при которой реакции, как правило, более интенсивны, а стандартные бытовые ситуации интерпретируются как представляющие угрозу, небольшие препятствия воспринимаются как непреодолимые. Длительность переживания негативных эмоциональных реакций существенно выше нормы.

Доля высоких результатов по всем субшкалам, составляющим шкалу «Невротизм», выше среднего, однако наибольшее внимание привлекают показатели по субшкале «Тревожность», что заметно на рисунке 7.

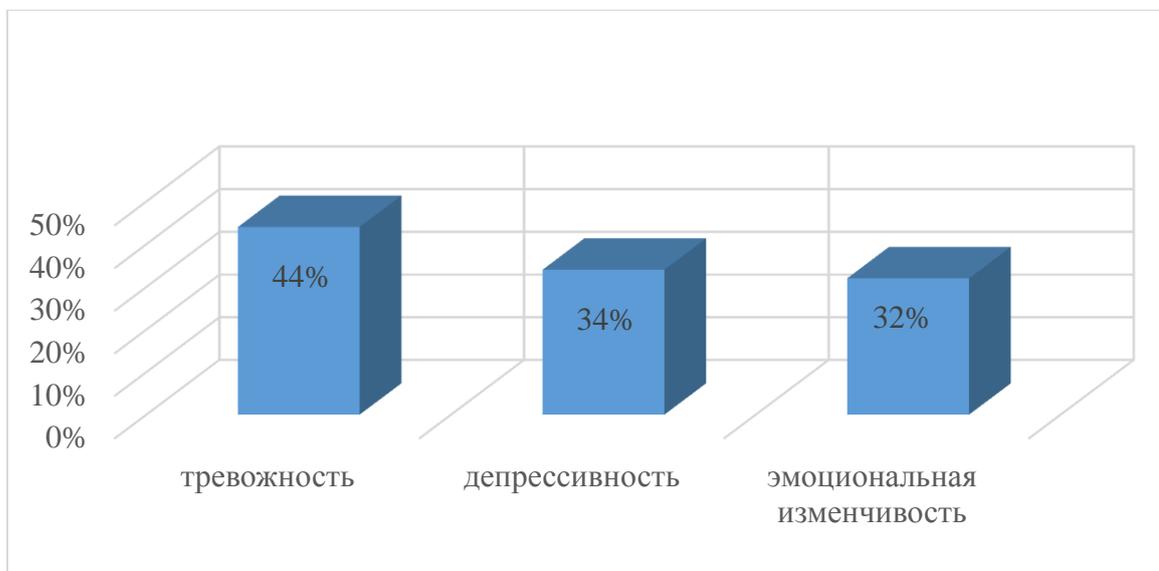


Рисунок 7 – Доля высоких результатов по составляющим шкалу «Невротизм»

Высокие результаты здесь у 44%, средние у 40%, в то время как низкие только у 16%.

Отдельно стоит отметить, что среди результатов, полученных по субшкале «Тревожность», у 4 обследованных (8% от общего числа) показатели можно считать крайними, несмотря на наличие в методике реверсивных пунктов, которые должны способствовать снижению количества крайних результатов.

Так как по остальным шкалам количество крайних показателей было единичным, мы можем считать полученный результат надёжным и свидетельствующим о наличии среди обследованных высоких показателей акцентуаций по тревожному типу.

Сравнительно высокими являются показатели по двум другим субшкалам шкалы «Невротизм»: субшкала «Депрессивность» – 34% высокие показатели, 44% средние; субшкала «Эмоциональная изменчивость» – 32% высокие, 40% средние показатели. Хотя по данным субшкалам превалируют результаты в среднем сегменте, отдельно стоит отметить, что большинство средних результатов распределяется в сторону

высоких показателей, таким образом подавляющее большинство опрошенных показывает в данных субшкалах результаты выше среднего.

По шкалам «Доброжелательность» и «Экстраверсия» высокие результаты находятся в пределах нормального распределения, по шкале «Открытость опыту» результаты снижены, в силу смещения в пользу низких показателей.

Анализ низких показателей по основным шкалам показывает резкий перевес по шкалам «Экстраверсия» (46%) и «Открытость опыту» (44%), что заметно на рисунке 8.

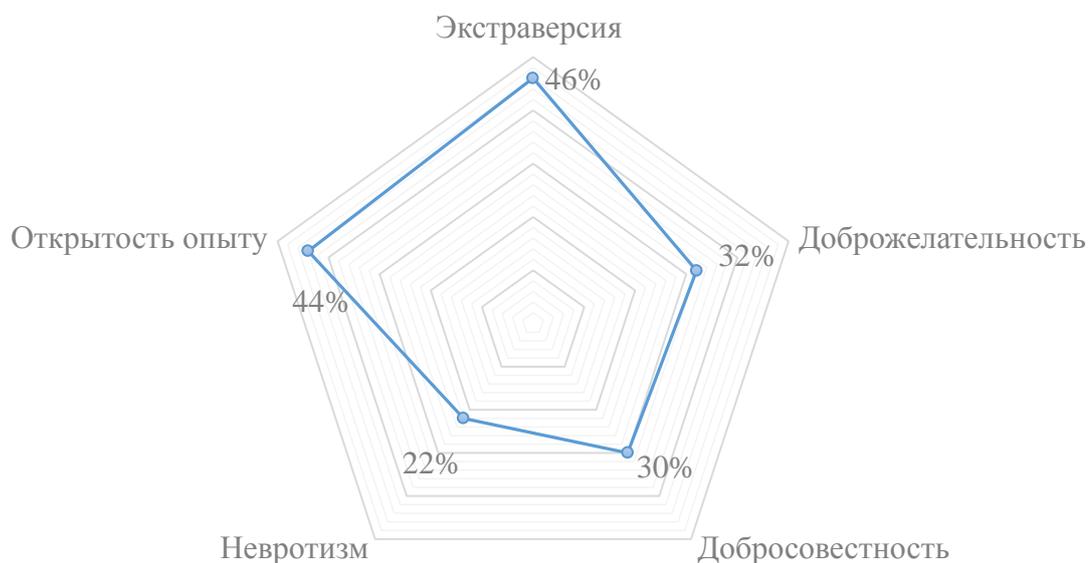


Рисунок 8 – Сравнение результатов методики Большой пятёрки по низким показателям

Низкие показатели при тестировании по шкале «Экстраверсия» говорят о преобладании склонности к самостоятельной деятельности, сниженным социальным контактам, сдержанности и внешнему спокойствию.

В контексте психологии здоровья следует отметить, что данная категория как правило менее склонна к нездоровому поведению, так как их реже привлекает поиск острых ощущений и факторы рискованного поведения. Однако замкнутость и социальная безынициативность могут приводить к другим проблемам, а именно к малоподвижному образу жизни, с полным отсутствием спортивных и игровых активностей.

Анализ показателей по субшкалам, графически отражённый на рисунке 9, показывает, что результаты по субшкале «Общительность» в пределах нормального распределения, перевес низких значений по шкале «Экстраверсия» происходит вследствие доминирования низких показателей по субшкалам «Настойчивость» (54%) и «Энергичность» (52%).

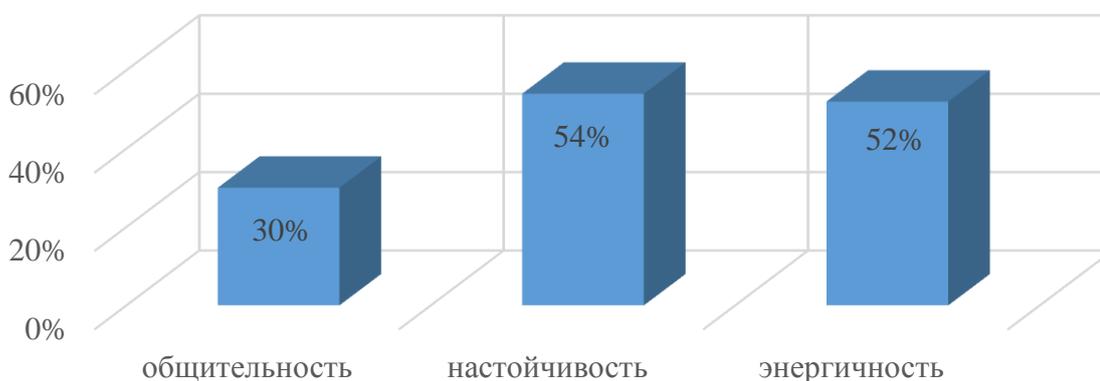


Рисунок 9 – Доля низких результатов по составляющим шкалы «Экстраверсия»

Низкие показатели по субшкале «Настойчивость» свидетельствуют о повышенной лабильности, неуверенности, импульсивности, которые могут приводить к непоследовательности и разбросанности поведения. Данная субшкала характеризует силу намерений человека, а именно его стремление к завершению начатого дела.

Результаты по субшкале «Энергичность» говорят о социальной и эмоциональной сдержанности, предпочтении одиночества, эмоциональной и когнитивной закрытости.

Анализ низких результатов по субшкалам шкалы «Открытость опыту» отражён на рисунке 10.

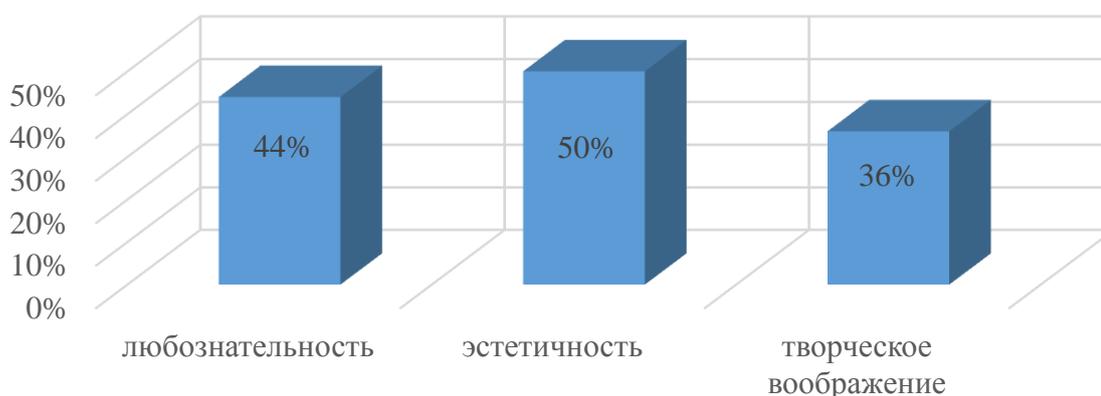


Рисунок 10 – Доля низких результатов по составляющим шкалы «Открытость опыту»

Здесь показатели по субшкале «Творческое воображение» незначительно выходят за пределы нормального распределения, в то время как показатели субшкал «Эстетичность» (50%) и «Любознательность» (44%) значительно ниже средних.

Вместе данные результаты показывают, что около половины обследованных являются выраженными традиционалистами, склонными к ригидности, предпочитающими в любой ситуации действовать проверенными способами, осторожно воспринимающими любые новшества, стремящимися к стабильности и не настроенными на пересмотр своих убеждений.

Следует отметить, что полученные результаты чрезвычайно близки к показателям тревожного типа акцентуации, первоначально разработанного в

классификации К. Леонгарда [29] и получившего развитие в дальнейших исследованиях [20], которая характеризуется высоким уровнем тревожности, консервативностью, низким уровнем стрессоустойчивости, сниженными социальными контактами, подозрительностью в отношении всего нового [58].

Опросник черт характера ОЧХ (автор Г. Шмишек, адаптация В.М. Русалов и О.Н. Манолова).

С целью проверки и дополнения ранее полученных результатов был использован опросник черт характера (ОЧХ), состоящий из 80 вопросов.

В таблице 3 мы приводим полученные данные, рассчитанные в процентных показателях по шкалам и соотнесённые с общим количеством обследуемых.

Таблица 3 – Результаты применения Опросника черт характера (ОЧХ)

| Шкала / субшкала     | Низкие показатели |          | Средние показатели |          | Высокие показатели |          |
|----------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|
|                      | кол-во человек    | проценты | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | проценты |
| «Демонстративность»  | 26                | 52%      | 16                 | 32%      | 8                  | 16%      |
| «Застревание»        | 12                | 24%      | 18                 | 36%      | 20                 | 40%      |
| «Педантичность»      | 7                 | 14%      | 26                 | 52%      | 17                 | 34%      |
| «Возбудимость»       | 15                | 30%      | 22                 | 44%      | 13                 | 26%      |
| «Гипертимность»      | 27                | 54%      | 14                 | 28%      | 9                  | 18%      |
| «Дистимность»        | 6                 | 12%      | 22                 | 44%      | 22                 | 44%      |
| «Тревожность»        | 12                | 24%      | 14                 | 28%      | 24                 | 48%      |
| «Экзальтированность» | 26                | 52%      | 15                 | 30%      | 9                  | 18%      |
| «Эмотивность»        | 13                | 26%      | 22                 | 44%      | 15                 | 30%      |
| «Циклотимность»      | 15                | 30%      | 23                 | 46%      | 12                 | 24%      |

Рассмотрим полученные результаты по наиболее высоким средним показателям, отражённые графически на рисунке 11.

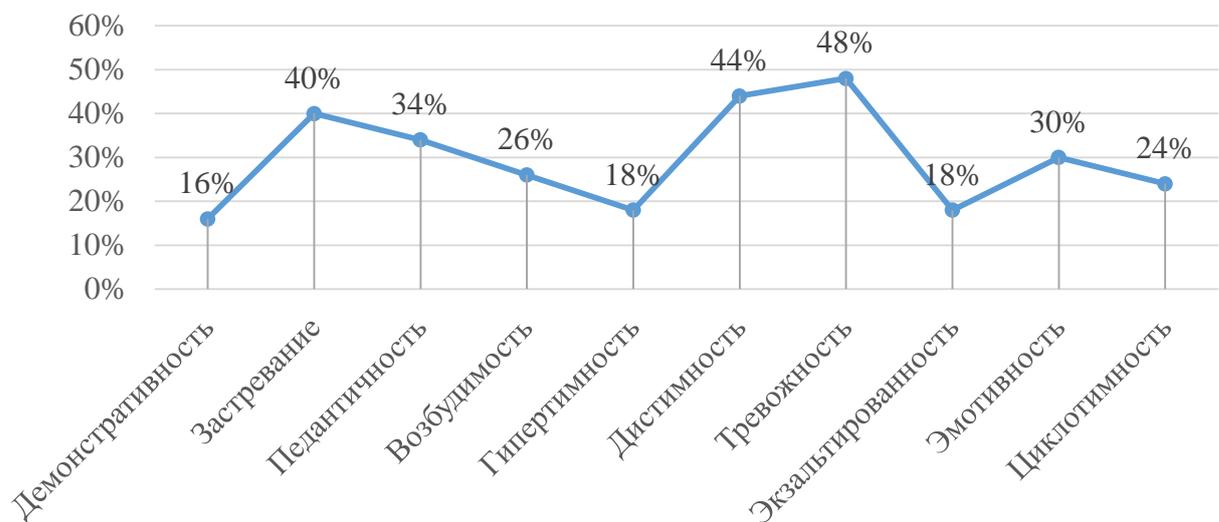


Рисунок 11 – Высокие показатели по шкалам Опросника черт характера (ОЧХ)

Здесь с большим перевесом лидируют шкалы «Тревожность» (48%), «Дистимность» (44%) и «Застревание» (40%).

По мнению авторов, люди с выраженной тревожностью являются восприимчивыми, чрезмерно самокритичными, но при этом ответственными. Они боятся нового, в неоднозначной ситуации часто проявляют выраженные панические реакции, как на поведенческом, так и на вегетативном уровне, рефлексивные процессы гипертрофированы [56].

Личности с высокими показателями по шкале «Дистимность» серьезны, они чаще фокусируются на негативных жизненных аспектах, избегают общения, их социальные контакты сильно ограничены. Обладают высокоразвитыми рефлексивными процессами и низкой моторной активностью.

Обычно проявляют высокие уровни интеллектуальной активности и эмоциональности, что часто приводит к тревожности и мнительности. Люди этого типа медленно адаптируются к новым условиям, предпочитая регламентированный образ жизни и привычную деятельность, но при соблюдении этих условий могут добиваться значительных успехов, так как к любому делу относятся очень серьезно и ответственно. В отличие от

депрессивного симптомокомплекса любой длительности, являющегося искажением эмоциональной сферы, дистимность является нормальным и устойчивым способом поведения человека в социуме [56].

Высокие значения по шкале «Застревание» свидетельствуют о внутренней ригидности обследуемых, они живут и действуют под влиянием какого-либо серьёзного эмоционального переживания, протяженного во времени и склонного к развитию.

Такие люди, как правило, обладают высокой эмоциональной чувствительностью, для них характерна «ригидность аффекта на уровне эгоистических побуждений» [29], в то время как его разрядка затруднена или невозможна. Такие люди склонны к длительным переживаниям, фиксированы на определенной, лично значимой цели.

При рассмотрении наибольшего процентного соотношения низких показателей, визуализированных на рисунке 12, с большим отрывом очевидны 3 лидирующие категории – это «Гипертимность» (54%), «Демонстративность» и «Экзальтированность» (по 52%).

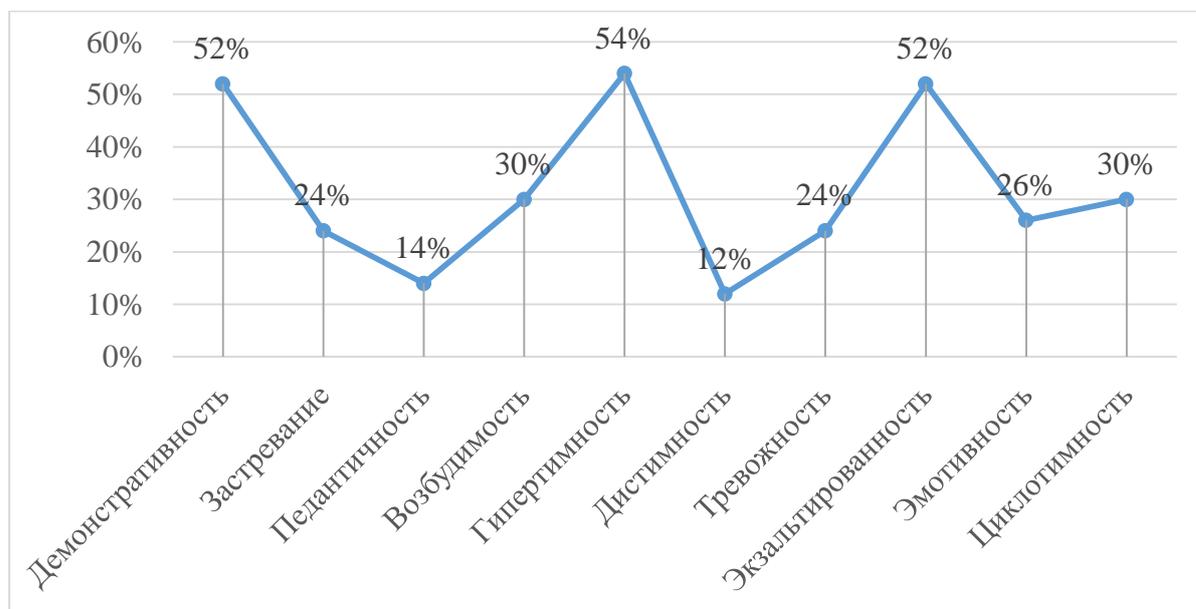


Рисунок 12 – Низкие показатели по шкалам опросника черт характера (ОЧХ)

У лиц с низкими показателями по шкале «Гипертимность» как правило сниженное настроение, они пессимистичны, безынициативны, мимика и координация движений выражены слабо, малообщительны, часто мнительны, возможна тенденция к зависимому поведению. Особо стоит отметить, что такие люди, как правило, не склонны к физической активности.

Люди со сниженной демонстративностью или отрицающие у себя её проявления отличаются стеснительностью, не эгоистичны и предпочитают держаться «в тени», но при этом чаще обладают искренностью и глубиной чувств.

При низких значениях шкалы «Экзальтированность» наблюдается однообразие эмоциональных реакций, почти все виды деятельности человека эмоционально не окрашены и стереотипны.

В целом можно сказать, что анализ шкал с низкими показателями в целом дополняет и подтверждает данные, полученные при анализе выявленных высоких показателей.

Половина обследуемых показала высокие и значительно выше среднего результаты по шкалам «Тревожность», «Дистимность» и «Застревание» при низких и сниженных результатах по шкалам «Гипертимность», «Демонстративность» и «Экзальтированность». Подобные результаты создают наиболее распространённый образ человека в обследуемой выборке, с такими выраженными чертами как пассивность, тревожность, фокусировка на негативных аспектах, ригидность, индивидуалистичность, эмоциональное однообразие, при минимальных социальных контактах и малоподвижном образе жизни.

Следует повторно отметить, что высокий уровень показателей по шкалам «Тревожность», «Дистимность» и «Застревание» может в значительной степени объясняться спецификой профессии обследуемых. Помимо отмеченной при рассмотрении предыдущей методики специфики заметим, что особенности профессии письменного переводчика могут

оказывать значительное негативное влияние на процессы жизнедеятельности и саму личность человека, в силу следующих причин:

- постоянные монотонные рабочие процессы увеличивают привычку к самоизоляции;
- отсутствие возможностей для карьерного роста может формировать ощущение социальной несправедливости, которое в дальнейшем приводит к повышенной раздражительности и «обиде на весь мир»;
- выраженная индивидуалистичность деятельности минимизирует социальные контакты;
- ненормированный рабочий день и постоянные переработки приводят к переутомлению;
- тенденция к автоматизации переводческой деятельности приводит к снижению ставок оплаты труда и упадку престижа профессии, что в комплексе повышает уровень тревожности в силу отсутствия уверенности в завтрашнем дне.

При анализе результатов применения методик модели Большой пятёрки, и Опросника черт характера (ОЧХ), показатель тревожности был определён как основная акцентуированная черта личности, исходя из которого, планировалось дальнейшее обследование в рамках изучения характерологических особенностей личности в контексте психологии здоровья.

Данное решение было принято на основании высоких средних результатов по выборке, а также наличия крайних и близких к крайним показателей по данному фактору при применении обеих методик. Таким образом, обследуемые были разделены на 2 группы:

- Группа 1 (25 человек) – лица с наиболее высокими показателями по шкалам «Тревожность»,
- Группа 2 (25 человек) – лица с наименее высокими показателями по шкалам «Тревожность».

Профиль здорового образа жизни ПроЗож (автор С. Уолкер, адаптация М.Д. Петраш, О.Ю. Стрижицкая и И.Р. Муртазина) [46].

Опросник состоит из 63 утверждений, которые начинаются с фраз «Я могу...» или «Мне нравится».

Целью тестирования по данной методике является измерение многокомпонентной структуры здорового образа жизни.

Высокие значения шкал говорят о сформированности здорового поведения, низкие свидетельствуют об отсутствии сформированности или о наличии саморазрушительных моделей.

Общие результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож приведены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож

| Шкала / субшкала              | Низкие показатели |          | Средние показатели |          | Высокие показатели |          |
|-------------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|
|                               | кол-во человек    | проценты | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | проценты |
| «Ответственность за здоровье» | 20                | 40%      | 26                 | 52%      | 4                  | 8%       |
| «Физическая активность»       | 38                | 76%      | 10                 | 20%      | 2                  | 4%       |
| «Питание»                     | 25                | 50%      | 18                 | 36%      | 7                  | 14%      |
| «Внутренний/ духовный рост»   | 28                | 56%      | 20                 | 40%      | 2                  | 4%       |
| «Межличностные отношения»     | 24                | 48%      | 19                 | 38%      | 7                  | 14%      |
| «Управление стрессом»         | 26                | 52%      | 20                 | 40%      | 4                  | 8%       |

В таблице 5 приведены полученные результаты по группе 1 (высокие показатели тревожности) в текстовом формате.

Таблица 5 – Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож, группа 1

| Шкала / субшкала              | Низкие показатели |           | Средние показатели |          | Высокие показатели |           |
|-------------------------------|-------------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|-----------|
|                               | кол-во человек    | процент ы | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | процент ы |
| «Ответственность за здоровье» | 13                | 52 %      | 11                 | 44 %     | 1                  | 4 %       |
| «Физическая активность»       | 22                | 88 %      | 3                  | 12 %     | 0                  | –         |
| «Питание»                     | 17                | 68 %      | 6                  | 24 %     | 2                  | 8 %       |
| «Внутренний/духовный рост»    | 16                | 64 %      | 9                  | 36 %     | 0                  | –         |
| «Межличностные отношения»     | 18                | 72 %      | 7                  | 28 %     | 0                  | –         |
| «Управление стрессом»         | 19                | 76 %      | 6                  | 24 %     | 0                  | –         |

На рисунке 13 визуализированы вышеуказанные табличные данные.



Рисунок 13 – Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож, группа 1

Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож в группе 1 являются крайне негативными. Отмечены лишь единичные случаи получения высоких баллов – у одного обследуемого по шкале «Ответственность за своё здоровье», и у двух по шкале «Питание». По остальным шкалам высокие баллы не набрал никто из опрошенных в данной группе.

Были показаны очень низкие результаты по всем шкалам.

Наихудшие результаты проявлены по шкале «Физическая активность» (88%). Авторы методики предполагают, что высокие показатели по шкале «Физическая активность» предполагают регулярные занятия физическими упражнениями, а также говорят о высоком уровне общего состояния здоровья и жизненной активности.

Соответственно, полученные нами результаты свидетельствуют о практически полном отсутствии в привычках подавляющего большинства обследуемых какой-либо регулярной физической активности, и демонстрируют весьма низкую самооценку состояния здоровья.

По шкале «Управление стрессом» низкие результаты у 76% обследованных в группе 1. Данная шкала измеряет маркеры распознавания стрессоров, понимание возможных мер по противодействию стрессу и знание техник саморегуляции. Низкие показатели по данной шкале говорят о том, что уровень психического благополучия в обследуемой группе почти настолько же критически низок, как и уровень физического здоровья и его самооценки.

Немногим лучше ситуация по шкалам «Межличностные отношения» (72%) и «Питание» (68%).

Результаты по шкале «Межличностные отношения» отражают стремление к здоровой коммуникативности, поддержанию активных социальных контактов, уровень эмпатии.

Шкала «Питание» говорит о наличии знаний и степени предпочтения правильных продуктов питания. Кроме прямого значения, она отражает

взаимосвязь эмоционально-волевых характеристик личности и параметров психологического благополучия.

Показатели по шкале «Внутренний/духовный рост» не критично лучше (64%). Данная шкала оценивает стремление к саморазвитию и самореализации, наличие навыков правильного целеполагания.

Стоит отметить парадоксальный факт – наименее низкие результаты в данной группе получены по шкале «Ответственность за своё здоровье» (52%), которая оценивает степень внимания к собственному здоровью и понимания его значимости. С учётом того, что по всем шкалам были получены массовые низкие результаты, на декларативном уровне значительная часть обследуемых признаёт важность соблюдения здорового образа жизни.

Результаты тестирования в группе 2 (низкие показатели тревожности) представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож, группа 2

| Шкала / субшкала              | Низкие показатели |          | Средние показатели |          | Высокие показатели |          |
|-------------------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|--------------------|----------|
|                               | кол-во человек    | проценты | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | проценты |
| «Ответственность за здоровье» | 7                 | 28%      | 15                 | 60%      | 3                  | 12%      |
| «Физическая активность»       | 16                | 64%      | 7                  | 28%      | 2                  | 8%       |
| «Питание»                     | 8                 | 32%      | 12                 | 48%      | 5                  | 20%      |
| «Внутренний/духовный рост»    | 12                | 48%      | 11                 | 44%      | 2                  | 8%       |
| «Межличностные отношения»     | 6                 | 24%      | 12                 | 48%      | 7                  | 28%      |
| «Управление стрессом»         | 7                 | 28%      | 14                 | 56%      | 4                  | 16%      |

Полученные результаты графически отражены на рисунке 14.

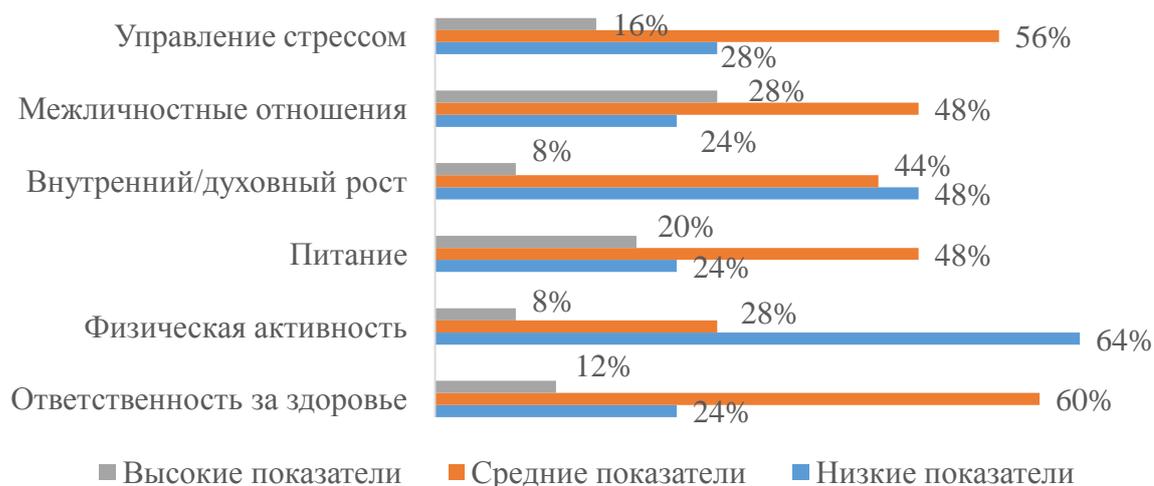


Рисунок 14 – Результаты опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож, группа 2

Показатели в группе 2 также далеки от идеальных, однако здесь отмечена большая степень нормализации. Проявлены высокие результаты по шкалам «Межличностные отношения» (28%), «Питание» (20%), «Управление стрессом» (16%). По шкале «Ответственность за своё здоровье» высокие результаты сравнительно незначительны и составляют лишь 12%.

Сравнение высоких показателей отражено на рисунке 15.

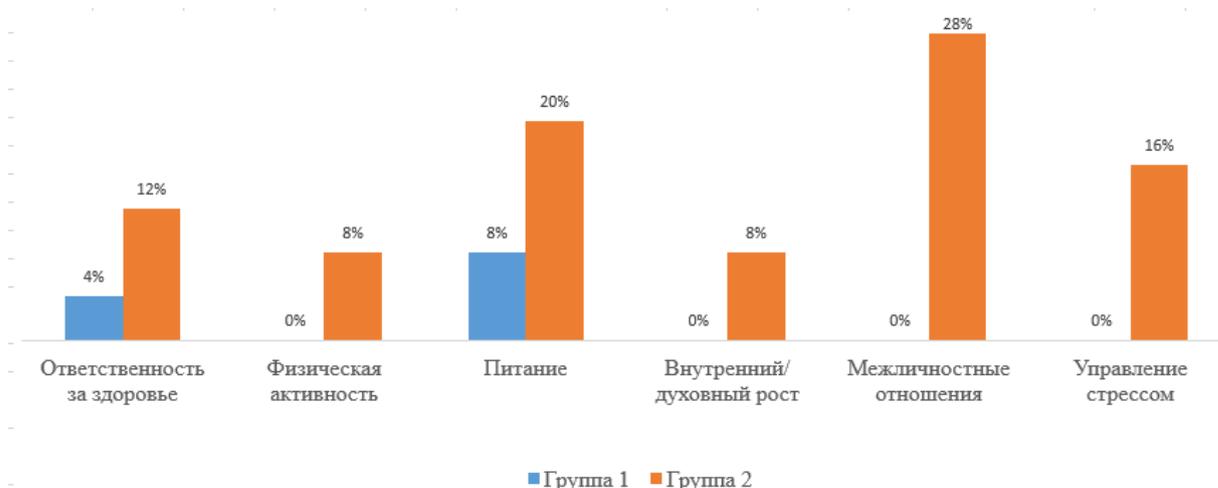


Рисунок 15 – Сравнительные результаты по высоким показателям опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож

Очевидно прослеживается взаимосвязь между наличием акцентуации тревожного типа и коммуникативными аспектами (0% высоких результатов против 28%).

В меньшей степени отмечена взаимосвязь по шкале «Управление стрессом» (0% высоких результатов против 16%). Вероятно, здесь имеет место обратная причина – не отсутствие тревожной акцентуации личности приводит к улучшению навыков управления стрессом, а наличие эффективных моделей поведения и копинг-стратегий, направленных на противодействие стрессу, повышает ситуативную стрессоустойчивость и, как следствие, снижает общий уровень тревожности.

В целом отметим, что по всем шкалам отмечается кратная положительная разница между группами 1 и 2, в пользу группы без диагностированной тревожной акцентуации. Хотя доля высоких показателей по шкалам «Физическая активность» и «Внутренний/духовный рост» и в этой группе является весьма незначительной и составляет по 8%.

На рисунке 16 проиллюстрированы различия по группам для низких показателей.

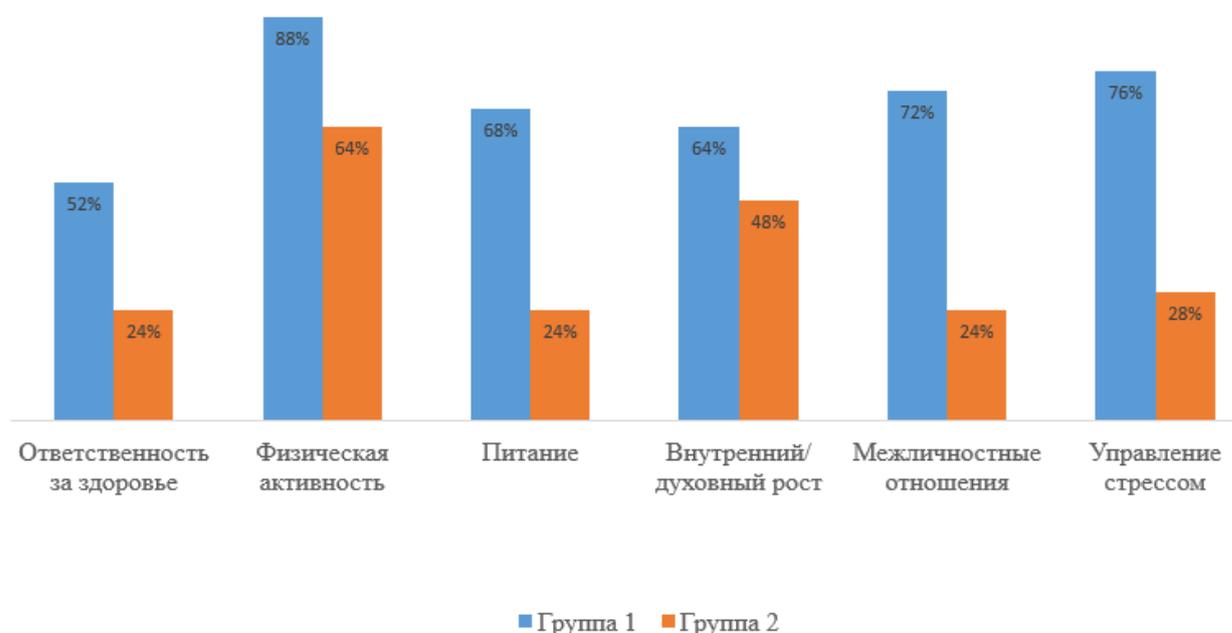


Рисунок 16 – Сравнительные результаты по низким показателям опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож

По низким результатам наиболее очевидна разница между группами 1 и 2 по показателям «Межличностные отношения» (72% против 24%), «Управление стрессом» (76% против 28%) и «Питание» (68% против 24%). Эти результаты дополняют уже отмеченную выше кратную разницу между высокими показателями по данным шкалам.

Существенна, но сравнительно невелика разница между показателями по шкале «Ответственность за своё здоровье» (52% против 24%). Еще меньше разница между группами по шкале «Внутренний/духовный рост» (64% против 48%).

Больше всего низких показателей было выявлено в обеих группах по шкале «Физическая активность» – 88% в группе 1 и 64% в группе 2.

Можно сделать вывод, что, несмотря на ощутимую разницу между двумя группами, в целом результаты по всей выборке являются плачевными и вызывают серьёзную озабоченность.

Опросник нарушений здорового поведения (авторы Е. Л. Луценко, О.Е. Габелкова).

Методика представляет собой опросник из 63 вопросов, содержащих ряд утверждений, в которых говорится об образе жизни и привычках опрашиваемого, преимущественно начинающих со слов «Я могу».

Авторы методики считают, что формирование саморазрушительного отношения к своему здоровью происходит при наличии у человека общего пренебрежительного отношения человека к своему телу и здоровью, которое в свою очередь возникает вследствие игнорирования interoцептивных сигналов тела. В этом случае человек не допускает до осознания и осмысления телесные ощущения, которые сигнализируют о проблемах с организмом и тенденции к снижению функциональности. В результате приобретает прогрессирующую привычку к телесному дискомфорту, который воспринимается либо как временное явление, либо как данность, которая не может быть изменена. Таким образом, измеряемый

конструкт – это тенденция индивида пренебрегать собственным телом, которая лежит в основе здоровьеразрушительного поведения.

После подсчёта набранных обследуемыми баллов были получены результаты, отражённые в таблице 7 в числовом и процентном значении по степени выраженности показателей.

Таблица 7 – Общие результаты Опросника нарушений здорового поведения

| Шкала / субшкала                                   | Низкие показатели |           | Средние показатели |          | Высокие показатели |           |
|----------------------------------------------------|-------------------|-----------|--------------------|----------|--------------------|-----------|
|                                                    | кол-во человек    | процент ы | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | процен ты |
| «Общая склонность к нарушению здорового поведения» | 15                | 30%       | 26                 | 52%      | 9                  | 18%       |
| «Тяга к курению»                                   | 24                | 48%       | 8                  | 16%      | 18                 | 36%       |
| «Нарушения питания»                                | 16                | 32%       | 16                 | 32%      | 18                 | 36%       |
| «Пренебрежение безопасностью»                      | 27                | 54%       | 20                 | 40%      | 3                  | 6%        |
| «Тяга к алкоголю»                                  | 12                | 24%       | 18                 | 36%      | 20                 | 40%       |
| «Погоня за модным имиджем»                         | 26                | 52%       | 17                 | 34%      | 7                  | 14%       |
| «Низкий самоконтроль»                              | 16                | 32%       | 18                 | 36%      | 16                 | 32%       |
| «Эмоциональная некомпетентность»                   | 16                | 32%       | 16                 | 32%      | 18                 | 36%       |
| «Саморазрушительное поведение»                     | 26                | 52%       | 22                 | 44%      | 2                  | 4%        |

При первичном анализе данных можно посчитать результаты сравнительно умеренными по сравнению с результатами тестирования по методике Профиль здорового образа жизни ПроЗож, так как высокие показатели по основной шкале «Общая склонность к нарушению здорового поведения», визуализированные на рисунке 17, только у 18% обследуемых, подавляющее большинство (52%) показало средние результаты, у 30% общая склонность к нарушению здорового поведения диагностирована на низком уровне.

Общая склонность к нарушению здорового поведения



Рисунок 17 – Результаты по основной шкале «Общая склонность к нарушению здорового поведения» Опросника нарушений здорового поведения

На рисунке 18 отражены результаты по остальным шкалам Опросника нарушений здорового поведения.

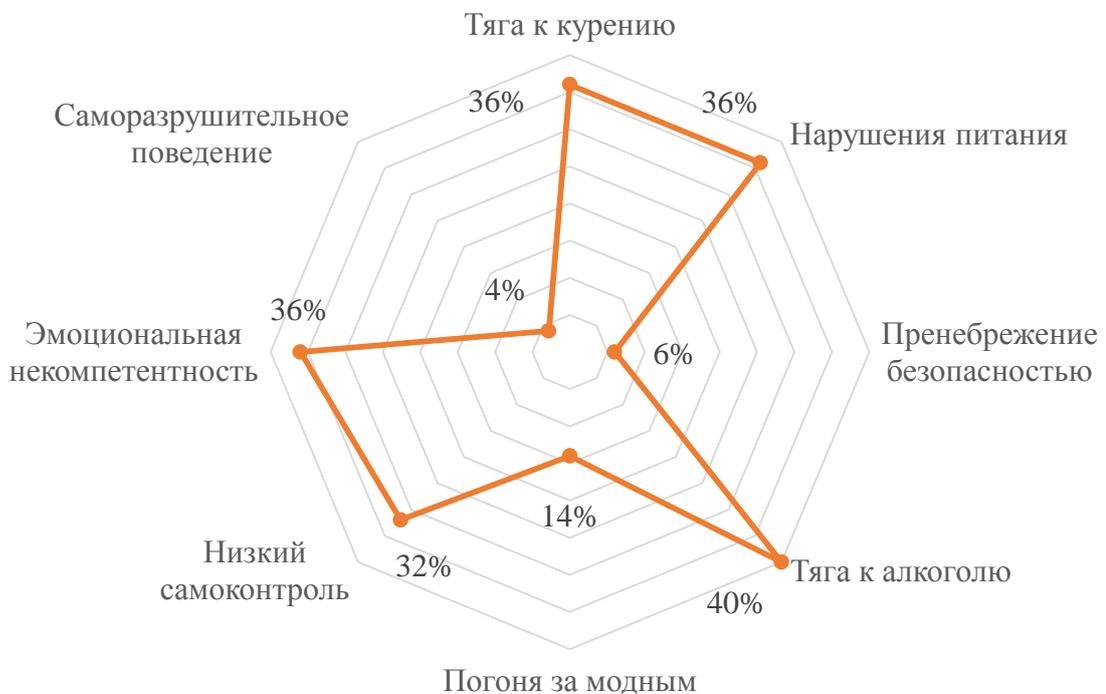


Рисунок 18 – Результаты по шкалам Опросника нарушений здорового поведения

При анализе данных по шкалам становится очевидно, что сравнительно приемлемые средние результаты тестирования сформированы в силу наличия резкого дисбаланса между остальными шкалами, который отчётливо заметен на рисунке 18.

Минимальны высокие показатели по шкале «Саморазрушительное поведение» (4%), однако здесь нельзя исключать влияние фактора социального одобрения, так как тестирование проводилось среди коллег, и некоторые могли умолчать о фактах крайнего поведения, опасаясь огласки.

Доля высоких показателей по шкалам «Пренебрежение безопасностью» (6%) и «Погоня за модным имиджем» также незначительна.

Однако показатели по шкалам «Тяга к алкоголю» (40%), «Тяга к курению», «Нарушения питания» и «Эмоциональная некомпетентность» (по 36%) и «Низкий самоконтроль» (32%) крайне высоки. Для более глубокого понимания ситуации проанализируем показатели по группам. В таблице 8 отражены данные по группе 1 (высокие показатели тревожности).

Таблица 8 – Результаты Опросника нарушений здорового поведения, группа 1

| Шкала / субшкала                                   | Низкие показатели |         | Средние показатели |          | Высокие показатели |         |
|----------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------------|----------|--------------------|---------|
|                                                    | кол-во человек    | процент | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | процент |
| «Общая склонность к нарушению здорового поведения» | 5                 | 20%     | 12                 | 48%      | 8                  | 32%     |
| «Тяга к курению»                                   | 9                 | 36%     | 3                  | 12%      | 13                 | 52%     |
| «Нарушения питания»                                | 6                 | 24%     | 8                  | 32%      | 11                 | 44%     |
| «Пренебрежение безопасностью»                      | 11                | 44%     | 12                 | 48%      | 2                  | 8%      |
| «Тяга к алкоголю»                                  | 4                 | 16%     | 6                  | 24%      | 15                 | 60%     |
| «Погоня за модным имиджем»                         | 12                | 48%     | 9                  | 36%      | 4                  | 16%     |
| «Низкий самоконтроль»                              | 7                 | 28%     | 8                  | 32%      | 10                 | 40%     |
| «Эмоциональная некомпетентность»                   | 6                 | 24%     | 7                  | 28%      | 12                 | 48%     |
| «Саморазрушительное поведение»                     | 11                | 44%     | 12                 | 48%      | 2                  | 8%      |

Здесь доля высоких показателей по основной шкале «Общая склонность к нарушению здорового поведения» существенно больше, чем в среднем по выборке – 32%, однако по отдельным шкалам количество высоких показателей чрезвычайно велико – по шкале «Тяга к алкоголю» 60%, по шкале «Тяга к курению» 52%, «Эмоциональная некомпетентность» 48%, «Нарушения питания» 44%.

Относительно приемлемые средние показатели по основной шкале достигаются за счёт незначительного количества высоких показателей по шкалам «Пренебрежение безопасностью» и «Саморазрушительное поведение» (по 8%) и «Погоня за модным имиджем» (16%).

Для сравнения проанализируем данные по высоким показателям в группе 2, указанные в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты Опросника нарушений здорового поведения, группа 2

| Шкала / субшкала                                   | Низкие показатели |         | Средние показатели |          | Высокие показатели |         |
|----------------------------------------------------|-------------------|---------|--------------------|----------|--------------------|---------|
|                                                    | кол-во человек    | процент | кол-во человек     | проценты | кол-во человек     | процент |
| «Общая склонность к нарушению здорового поведения» | 10                | 40%     | 14                 | 56%      | 1                  | 4%      |
| «Тяга к курению»                                   | 15                | 60%     | 5                  | 20%      | 5                  | 20%     |
| «Нарушения питания»                                | 10                | 40%     | 8                  | 32%      | 7                  | 28%     |
| «Пренебрежение безопасностью»                      | 16                | 64%     | 8                  | 32%      | 1                  | 4%      |
| «Тяга к алкоголю»                                  | 8                 | 32%     | 12                 | 48%      | 5                  | 20%     |
| «Погоня за модным имиджем»                         | 14                | 56%     | 8                  | 32%      | 3                  | 12%     |
| «Низкий самоконтроль»                              | 9                 | 36%     | 10                 | 40%      | 6                  | 24%     |
| «Эмоциональная некомпетентность»                   | 10                | 40%     | 9                  | 36%      | 6                  | 24%     |
| «Саморазрушительное поведение»                     | 15                | 60%     | 10                 | 40%      | 0                  | –       |

Мы видим, что и в группе с низкими показателями тревожности сохраняется общая тенденция распределения результатов по шкалам, однако в данной группе количество высоких результатов кратно ниже результатам первой группы. Здесь больше всего высоких показателей по шкале «Нарушения питания» (28%), далее следуют «Низкий самоконтроль» и «Эмоциональная некомпетентность» (по 24%), сопоставимы показатели по шкалам «Тяга к курению» и «Тяга к алкоголю» (по 20%).

Можно сделать вывод, что в группе с повышенной личной тревожностью существует ряд проблем психологического характера. Высокие факторы эмоциональной некомпетентности и низкого самоконтроля приводят к развитой алкоголизации. Отсутствие навыков заботы о своём здоровье способствует развитию показателей по курению и неправильному питанию.

В силу установленных при тестировании характерологических особенностей личности (консерватизм, ригидность, сниженная социализация) доля высоких результатов по показателям саморазрушительного поведения и пренебрежения безопасностью незначительна, что приводит к сравнительно нормальному распределению результатов по общему показателю склонности к нарушению здорового поведения.

Коэффициент ранговой корреляции (r-критерий) Спирмена.

С целью проверки полученных результатов с применением методов статического анализа были определены коэффициенты ранговой корреляции (r-критерий) Спирмена. Для расчёта значений использовалась автоматизированная система подсчёта сайта «Медицинская статистика» (<https://medstatistic.ru>).

Была установлена умеренная взаимосвязь между переменными по субшкале «Тревожность» опросника по методике Большой пятёрки и шкалой «Нарушения питания» Опросника нарушений здорового поведения ( $r_s = 0,44$ , при  $p \leq 0,05$ ).

В ходе статистического сравнения результатов тестирования по опроснику черт характера (ОЧХ) и опроснику нарушений здорового поведения была обнаружена сильная зависимость между шкалами «Тревожность» и «Тяга к алкоголю». ( $r_s = 0,73$ , при  $p \leq 0,05$ ).

В результате проведённого статистического анализа гипотезу исследования, заключающуюся в том, что чрезмерно усиленные (акцентуированные) характерологические особенности личности оказывают значимое негативное влияние на отношение человека к собственному здоровью, здоровьесохранительному подходу и ведению здорового образа жизни, можно считать подтверждённой.

### **2.3 Рекомендации по профилактике здоровьесохранительного поведения и снижению степени личностной тревожности**

Так как в ходе проведения диагностических мероприятий была выявлена непростая ситуация в вопросе отношения к собственному здоровью по выборке исследования, достигающая угрожающей степени в группе с повышенными показателями тревожности, были разработаны рекомендации по профилактике здоровьесохранительного поведения, с целью повышения уровня осознанности в отношении к собственному здоровью и популяризации здорового образа жизни, а также по снижению степени личностной тревожности.

При подготовке рекомендаций учитывались данные о характерологических особенностях и отношении к собственному здоровью, полученные в ходе эмпирического исследования.

Эмпирическим исследованием был установлен ряд принципиальных характерологических особенностей в исследуемой выборке.

При тестировании по опроснику Большой пятёрки были диагностированы высокие показатели по шкале «Невротизм» и субшкале «Тревожность», среди которых крайние – у 4 человек. Схожие результаты

были получены при проведении тестирования по методике Опросник черт характера ОЧХ.

При этом были отмечены сниженные показатели по шкалам «Экстраверсия» и «Открытость опыту», которые также нашли подтверждение при тестировании по второй методике.

Полученные результаты в значительной степени могут объясняться спецификой профессии письменного переводчика, предъявляющей особые требования к характерологическим особенностям личности и усиливающим их в дальнейшей деятельности. Переводчик обязан обладать высоким уровнем интеллектуального развития, трудоспособностью, усидчивостью, уметь фокусироваться на выполняемой задаче, что неизбежно способствует развитию соответствующих характерологических особенностей: консерватизму, интровертивности, ригидности, снижению социальных контактов.

Анализ отношения к своему здоровью и ведению здорового образа жизни показал значительные, а по некоторым показателям экстремальные признаки нездорового поведения, особенно в группе с диагностированным высоким уровнем личностной тревоги. Были показаны крайние низкие показатели физической активности и правильности питания, при крайне высоких результатах по употреблению алкоголя, проявившие статистически значимую взаимосвязь с характерологической чертой тревожности.

Так как признаки нездорового поведения в группе с повышенной тревожностью оказались существенно выше, рекомендовано направить основную деятельность на коррекцию уровня личностной тревожности в коллективе.

С учётом высоких показателей консервативности, ригидности и эмоциональной закрытости обследуемых оптимально проведение сеансов групповой терапии. При подобных личностных показателях оптимально применение следующих приёмов и техник:

– «сократический диалог»,

- «концентрация на настоящем»,
- обсуждение противоположных мнений,
- групповой разбор ситуаций с совместным поиском альтернатив.

С учётом высокой загруженности переводчиков, во избежание развития раздражения рекомендуется проводить групповые занятия 1 раз в неделю, предложив всем желающим возможность проведения дополнительных индивидуальных сессий.

Для повышения уровня стрессоустойчивости и активного совладания с тревогой рекомендуется обучение приёмам и навыкам саморегуляции:

- дыхательные практики, в том числе диафрагмальное дыхание;
- техники медитации;
- приёмы переключения внимания;
- приёмы «Заземление», «Контейнирование».

Несмотря на высокий уровень консервативности обследованных, безусловно, отдельное внимание следует посвятить вопросам перехода к здоровому образу жизни. Человек далеко не всегда следует нездоровым моделям поведения осознанно или в силу сложных внутренних причин, как мы уже упоминали выше – часто на этот путь становятся в силу причин психосоциального характера, и ведут его десятилетиями уже в силу привычки, забывая о возможности для себя другого пути.

Поэтому на каждом групповом занятии следует уделять время обсуждению вопросов перехода к здоровому образу жизни, акцентируя внимание на их сравнительной лёгкости и доступности, при неизбежном улучшении самочувствия и общего уровня здоровья в незначительные сроки.

Среди первоочередных мер, мы рекомендуем обсуждение следующих вопросов:

- контроль рабочей нагрузки, нормализация режима дня, с выделением достаточного времени для сна и восстановления;

- нормализация питания: регулярный приём горячей пищи, отказ от наиболее вредных продуктов: «фаст фуд», снеки, сладкое, полуфабрикаты;
- формирование привычки к физической активности: на начальных этапах не так важно, что именно будет делать человек, следует сформировать сам ритуал, при котором регулярно выделяется время на выполнение необременительных упражнений;
- отказ от курения;
- снижение степени алкоголизации;
- ежедневные прогулки на свежем воздухе не менее 1 часа;
- выполнение лёгких упражнений на рабочем месте в течение дня (йога, пилатес, ЛФК).

Таким образом, рекомендации сформулированы с учётом выявленных характерологических особенностей (высокие показатели тревожности, депрессивности, консерватизма, ригидности; при низких коммуникативных показателях) и показателей нездорового поведения (чрезвычайно высокие показатели по малоподвижному образу жизни, нарушению питания, тяги к алкоголю и курению).

#### Выводы по второй главе

Эмпирическое исследование было организовано с целью доказательства гипотезы исследования, согласно которой некоторые чрезмерно усиленные (акцентуированные) характерологические особенности личности оказывают значимое негативное влияние на отношение человека к собственному здоровью, здоровьесохранительному подходу и ведению здорового образа жизни.

Процесс исследования был организован в 2 этапа.

В ходе первого этапа была проведена диагностика характерологических особенностей личности, с использованием двух

методик: опросника по методике Большой пятёрки (авторы О. Джон и К. Сото, адаптация С.А. Щебетенко и А.Ю. Калугиной) и опросника черт характера (ОЧХ) (автор Г. Шмишек, адаптация В.М. Русалова и О.Н. Маноловой).

По методике Большой пятёрки были выявлены высокие показатели по шкале «Невротизм», при использовании опросника черт характера крайне высокие показатели были получены по шкале «Тревожность». Так как шкала «Невротизм» содержит субшкалу «Тревожность», по которой при тестировании по методике Большой пятёрки также были получены очень высокие показатели, было принято решение для дальнейшего исследования разделить обследуемых на 2 группы, по 25 человек каждая, исходя из наличия высоких показателей по шкалам «Тревожность» в обеих методиках.

Показатели отношения к собственному здоровью и исследованию здорового образа жизни исследовались также с использованием двух методик: опросника Профиль здорового образа жизни ПроЗож (автор С. Уолкер, адаптация М.Д. Петраш, О.Ю. Стрижицкая и И.Р. Муртазина) и опросника нарушений здорового поведения (авторы Е.Л. Луценко и О.Е. Габелкова).

В ходе данного этапа исследования был выявлен ряд факторов нездорового поведения, значительная часть которых оказалась за пределами нормального распределения.

Такие факторы, как малоподвижный образ жизни, сниженность социальных контактов, нарушение режима дня и ряд других во многом объясняются спецификой профессии письменного переводчика, которая способствует развитию замкнутости, консерватизма, индивидуалистичности, однако кратная разница по большинству показателей отношения к собственному здоровью между группами с высокими и низкими показателями тревожности свидетельствует о значительном влиянии на данные показатели данной характерологической особенности.

Полученные результаты были проверены методом статистического анализа, с применением коэффициента ранговой корреляции (r-критерий) Спирмена. Данный метод статистического анализа был определён в силу наличия непараметрических данных и сравнительно небольшой выборкой исследования.

В ходе статистического анализа полученных данных была установлена умеренная взаимосвязь между переменными по субшкале «Тревожность» и шкале «Нарушения питания», а также сильная зависимость между шкалами «Тревожность» и «Тяга к алкоголю».

На основании вышеизложенного задачу по проведению анализа полученных данных по установлению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношению к собственному здоровью и здоровому образу жизни можно считать выполненной.

## Заключение

Несмотря на более чем век научного изучения характера и составляющих его особенностей личности вопрос применения характерологических знаний в контексте психологии здоровья по состоянию на сегодняшний день нельзя считать достаточно изученным.

Между тем, нельзя игнорировать тот факт, что при значительном увеличении средней продолжительности жизни человек всё реже и реже может назвать себя здоровым.

Значительная часть общества страдает хроническими болезнями, формирование которых во многом происходит под влиянием нездорового поведения.

Однако при популяризации здорового образа жизни и повышения уровня здоровьесохранительного подхода в целом почти не учитываются характерологические особенности личности, так как в ходе профилактических мероприятий происходит обращение к человеку как к некой усреднённой социальной единице.

Между тем, наличие или отсутствие акцентуаций характера не может не оказывать влияние на отношение человека к своему здоровью, так как акцентуации прямо или косвенно воздействуют на все аспекты жизнедеятельности человека, среди которых здоровье является одним из наиболее значимых.

В гипотезе исследования мы предположили, что некоторые чрезмерно усиленные (акцентуированные) характерологические особенности личности оказывают значимое негативное влияние на отношение человека к собственному здоровью, здоровьесохранительному подходу и ведению здорового образа жизни.

Тревожность была определена как возможный ключевой показатель в силу своего очевидного негативного воздействия на жизнедеятельность человека, так как люди с высокой личностной тревогой более подвержены

хроническому стрессу, вследствие которого они реже следят за режимом питания и занимаются спортом, а также часто снижают степень невыносимости своего состояния с помощью алкоголя, психоактивных веществ или иных способов эскапизма.

При проведении исследования были решены нижеуказанные задачи, определённые при разработке исследования:

- изучены теоретические аспекты изучаемых вопросов в современной психологической и смежной литературе, среди которых основные подходы к изучению характерологических особенностей личности, факторы здорового образа жизни в контексте психологии здоровья, подходы к изучению взаимосвязи характерологических особенностей личности и отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни;
- определены методы практического исследования, для которого были выбраны 2 методики изучения характерологических особенностей личности (опросник по методике Большой пятёрки и адаптированный опросник черт характера Г. Шмишека) и 2 методики отношения к собственному здоровью и ведению здорового образа жизни (опросник Профиль здорового образа жизни ПроЗож и опросник нарушений здорового поведения);
- организовано и проведено тестирование характерологических особенностей по вышеуказанным методикам на выборке 50 человек, разделённых на втором этапе исследования на 2 группы, по 25 человек каждая, на основании наличия высоких показателей по шкалам «Тревожность», проявленных при исследовании характерологических особенностей личности.

В результате анализа полученных данных было установлено, что показатели нездорового поведения в группе с диагностированной акцентуацией по тревожному типу и близким к ней значениям кратно выше результатов, показанных группой со сниженными показателями личностной

тревожности, при высоких показателях нездорового поведения в целом по выборке исследования.

Полученные результаты проверены методом статистического анализа данных.

В завершении практического этапа были сформулированы рекомендации по снижению уровня личностной тревожности среди обследованных, а также по профилактике перехода к здоровому образу жизни.

Таким образом, цель нашего исследования: выявление характерологических особенностей, оказывающих негативное воздействие на факторы отношения к собственному здоровью, достигнута. Определен и доказан факт негативного влияния личностной тревожности на отношение к своему здоровью. Гипотеза исследования подтверждена, задачи исследования выполнены.

## Список используемой литературы

1. Абдулаева П. З., Османова А. А. Психология здоровья как новое научное понятие, которое необходимо для полноценного функционирования человека в социуме, что определяет неразделимость телесного и психического // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 1. С. 5-11.
2. Агирбова Д. М. Общая и социальная психология: учебно-терминологический словарь. Черкесск : БИЦ СКГА, 2024. 200 с.
3. Амосов Н. М. Самое главное. Размышления о здоровье человека и государства. М. : Родина, 2024. 232 с.
4. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. М. : Диалектика, 2018. 672 с.
5. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья : Концептуальные основы психологии здоровья. СПб. : Речь, 2006. 384 с.
6. Баранова С. В. Стань свободным от вредных привычек и дурных манер. М. : Новая реальность, 2022. 200 с.
7. Барахоева Р. Б. Факторы, влияющие на уровень сформированности самосохранительного поведения // Международный научно-исследовательский журнал. 2023 № 12 (138). URL: <https://research-journal.org/archive/12-138-2023-december/10.23670/IRJ.2023.138.67> (дата обращения: 16.01.2025).
8. Бурно М. Е. О характерах людей. М. : Академический проект, 2020. 639 с.
9. Векилова С. А., Безгодова С. А. История психологии: учебник и практикум для вузов. М. : Юрайт», 2024. 324 с.
10. Вець И. В. Адаптация опросника «Вторичная выгода от болезни» // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2021. № 4. С. 130–151.

11. Гайнетдинова А. Р. Темперамент как биологическая предпосылка для развития эмоционального интеллекта // Инновации в медицине и фармации. 2016. С. 852–855.
12. Галикеева А. Ш., Идрисова Г. Б., Степанов Е. Г., Ларионова Т. К., Валиев А. Ш. Факторы формирования здоровья работающего населения // Социальные аспекты здоровья населения. 2022. Т. 68. № 2. С. 3.
13. Головин С. Ю. Словарь практического психолога. Минск: Харвест, 1998. 799 с.
14. Горшков А. Г., Виленский М. Я. Физическая культура и здоровый образ жизни студента. Учебное пособие. М. : КноРус, 2022. 240 с.
15. Григорьева Ю. О., Чалов В. Н. Невротические состояния личности при акцентуациях характера как фактор образования соматических реакций // Международный журнал экспериментального образования. 2015. № 11-6. С. 829-832.
16. Демидова И. Ф. Личностные детерминанты отношения к здоровью // Международный научный журнал «Символ науки», 2022. № 03-3. С. 201-203.
17. Дудченко З. Ф. Психологическое обеспечение здорового образа жизни личности. СПб. : Речь, 2023. С. 356-367.
18. Дукаревич М. З. Лекции по характерологии. М. : МПСИ, 2006. 170 с.
19. Душков Б. А., Королев А. В., Смирнов Б. А. Энциклопедический словарь : Психология труда, управления, инженерная психология и эргономика. М. : Академический проект, Деловая книга, 2005. 848 с.
20. Егидес А. П. Психологический рисунок личности, или Как разбираться в людях. Новая редакция. М. : АСТ, 2022. 448 с.
21. Игнатова Е. С., Руднова Н. А. Взаимосвязь личностных особенностей и прокрастинации в сфере здоровья // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2019. Т. 8. № 1А. С. 93-102.

22. Казакевич А. В. Зачем жить. Объясняющая книга: М. : Центрполиграф, 2022. 413 с.
23. Калугин А. Ю., Щebetенко С. А., Мишкевич А. М., Сото К. Дж., Джон О. Психометрика русскоязычной версии Big Five Inventory-2 // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2021. Т. 18. № 1. С. 7–33.
24. Кальбина К. С. Личностный потенциал как фактор профессиональной успешности // Universum: психология и образование. 2022. № 2 (92). URL: [7universum.com](http://7universum.com). (дата обращения: 19.01.2025).
25. Кант И. Антропология. М. : Юрайт, 2024. 200 с.
26. Лаврова М. А., Томина Н. А., Коряков Я. И. Основы психосоматики. Екатеринбург : Издательство Уральского университета, 2022. 146 с.
27. Лазурский А. Ф. Классификация личностей. М. : Юрайт, 2023. 274 с.
28. Лазурский А. Ф. Очерк науки о характерах. М. : Юрайт, 2024. 345 с.
29. Леонгард К. Акцентуированные личности. М. : Феникс, 2022. 348 с.
30. Лисицын Ю. П., Ступаков И. Н. Здоровый образ жизни. М. : НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, 2022. 75 с.
31. Литвинова Е. Ф. Аристотель. Его жизнь, научная и философская деятельность. М. : Мультимедийное издательство Стрельбицкого, 2022. 99 с.
32. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. СПб. : Питер, 2020. 256 с.
33. Ловягина А. Е., Ильина Н. Л. Психология физической культуры и спорта: учебник и практикум для среднего профессионального образования. М.: Юрайт, 2024. 390 с.
34. Луценко Е. Л. Опросник нарушений здорового поведения // Вопросы психологии. 2023. № 5. С. 142-153.
35. Лядова А. В. Ценность здоровья в современном обществе / А. В. Лядова, М. В. Лядова // XX Международная конференция памяти профессора Л. Н. Когана. Культура, личность, общество в современном мире:

Методология, опыт эмпирического исследования. Екатеринбург: УрФУ, 2017. С. 1506–1512. URI: [elar.urfu.ru/handle/10995/46691](http://elar.urfu.ru/handle/10995/46691) (дата обращения: 19.01.2025).

36. Марков А. В. О природе. С комментариями и иллюстрациями М. : АСТ, 2024. 224 с.

37. Малозёмов О. Ю. Психология здоровья. Социально-психологические, клинические, нейропсихологические проблемы и психологическая помощь. СПб. : Лань, 2022. 112 с.

38. Манолова О. Н. Модернизация психодиагностического инструментария, используемого для аттестации работников ОТБ. М. : Академия Микологии, 2021. С. 184–186.

39. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб. : Питер, 2025. 400 с.

40. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2024. 656 с.

41. Мясищев В. Н. Личность и неврозы. М. : ЁЁ Медиа, 2024. 426 с.

42. Нечаев А. П. Характер человека. М. : Амрита, 2021. 128 с.

43. Никифоров Г. С. Концепция здорового образа жизни: история становления // Ученые записки СПбГИПСР. 2022. № 3. Т. 29. С. 104.

44. Никифоров Г. С. Психология здоровья. История становления. СПб. : Скифия, 2024. 310 с.

45. Новосёлова Е. Н. Здоровье как ценность и результат деятельности: проблемы и противоречия. // Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2021. Т. 27. № 3. С. 80-103.

46. Петраш М. Д., Стрижицкая О. Ю., Муртазина И. Р. Валидизация опросника Профиль здорового образа жизни на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26. № 3. С. 164–190.

47. Петрушин В. И., Петрушина Н. В. Психология здоровья. М. : Юрайт, 2023. 381 с.

48. Платова И. Д. Психологические факторы формирования отношения к здоровью и здоровому образу жизни // Актуальные исследования. 2024. № 8 (190). Ч. II. С. 65–68.

49. Полишкене Й. Государственная политика России в области формирования здорового образа жизни / Й. Полишкене // Вестник евразийской науки. 2024. Т. 16. № 5. URL: <https://esj.today/PDF/24FAVN524.pdf> (дата обращения: 19.01.2025).

50. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Соматическое здоровье. М. : ГБУ НИИОЗММ ДЗМ, 2024. 108 с.

51. Пономаренко В. В. Практическая характерология: методика семи радикалов. М. : АСТ, 2019. 221 с.

52. Психология и психоанализ характера: хрестоматия по психологии и типологии характеров / ред.-сост. Д. Я. Райгородский. Самара : Бахрах-М, 2021. 640 с.

53. Психология характера : учебное пособие / сост.: М. В. Шамардина, И. А. Ральникова, Е. А. Петухова. Барнаул : АлтГУ, 2020. 227 с.

54. Психология XXI века / под ред. В. Н. Дружинина. М. : Пер Се, 2024. 864 с.

55. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., Питер, 2023. 720 с.

56. Русалов В. М. Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ-В). М. : Институт психологии РАН, 2003. 100 с.

57. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. М. : Речь, 2020. 192 с.

58. Стоссел С. Век тревожности. Страхи, надежды, неврозы и поиски душевного покоя. М. : Альпина Паблишер, 2023. 592 с.

59. Толмачев Д. А. Нормативное обеспечение деятельности врачей функциональной диагностики. М. : ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации

здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2021. 450 с.

60. Тюмасева З. И., Орехова И. Л. Основы валеологии. Челябинск : Южно-Уральский научный центр РАО, 2020. 238 с.

61. Устав Всемирной Организации Здравоохранения // Электронный фонд актуальных правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901977493> (дата обращения: 16.01.2025).

62. Хасина Э. И. Израиль Ицкович Брехман. От замысла к воплощению. Владивосток : Дальнаука, 2023. 72 с.

63. Шепелева О. М., Лазурина Л. П., Куркина М. П. Формирование здорового образа жизни в рамках государственной политики в сфере здравоохранения: российская практика // Учёные записки Алтайского филиала Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации». 2023. № 1 (22). С. 3–5.

64. Щebetенко С. А., Калугин А. Ю., Мишкевич А. М. Апробация краткой и сверхкраткой версий вопросника Big Five Inventory 2: BFI-2-S и BFI-2-XS // Психологический журнал. 2022. № 1. С. 95–108.

65. Щуцкий М. В. Развитие психосоматической патологии, опосредованной типологическими особенностями личности // Материалы IX Международной студенческой научной конференции Студенческий научный форум. 2017. URL: <https://scienceforum.ru/2017/article/2017030673> (дата обращения: 16.01.2025).

66. Юматов Е. А. Пётр Кузьмич Анохин – мой учитель // Вестник Международной академии наук. Русская секция. 2020. № 1. С. 76–79.

67. Яковлев Б. П., Литовченко О. Г. Психофизиологические основы здоровья. М. : Лань, 2024. 256 с

68. Ясперс К. Общая психопатология. М. : КоЛибри, 2022. 1053 с.

69. Cambridge Ancient History. Volume III. Part 3. The Expansion of the Greek World, Eighth to Sixth Centuries B.C. Cambridge : Cambridge University Press, 2022. 532 p.

70. David D., Cristea I., Hofmann S. G. Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy // *Frontiers in Psychiatry*. 2018. № 9 (4). P. 4-9.

71. Dolinski D., Kulesza W., Muniak P., Dolinska B., Węgrzyn R., Izydorczak K.. Media intervention program for reducing unrealistic optimism bias: The link between unrealistic optimism, well-being, and health // *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2022. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693650> (дата обращения: 19.01.2025).

72. Gardiner E. N. Olympia, its history and remains. Oxford : Clarendon Press, 2020. P. 97.

73. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals // World Health Organization (WHO). 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323> (дата обращения: 16.01.2025).

74. Linardon J., Mcclure Z., Tylka T. L., Fuller-Tyszkiewicz M. Body appreciation and its psychological correlates: A systematic review and meta-analysis // *Body Image*. 2022. № 42. P. 287–296.