

Научная статья  
УДК 159.923  
<https://doi.org/10.23951/2307-6127-2023-5-187-194>

## Отношение к болезни у юношей и девушек с различной гендерной идентичностью

Оксана Евгеньевна Ельникова<sup>1</sup>, Ирина Геннадьевна Колосова<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина, Елец, Россия

<sup>1</sup> [eln-oksana@yandex.ru](mailto:eln-oksana@yandex.ru)

<sup>2</sup> [tais\\_i@mail.ru](mailto:tais_i@mail.ru)

### Аннотация

Рассматривается вопрос о влиянии психологической характеристики «гендерная принадлежность» на отношение к болезни представителей современной молодежи. Представлены результаты диагностического исследования взаимосвязи гендерной идентичности и типов отношения к болезни. Дана характеристика понятию «болезнь» и анализ двум основным моделям возникновения и протекания болезни: биомедицинской и биопсихосоциальной. Проанализированы исследования особенностей реагирования на потерю здоровья носителей того или иного гендера. Отмечено, что гендерные особенности отношения к болезни могут стать важным фактором общего улучшения ситуации и в сфере здравоохранения, и в повседневной жизни носителей разных гендерных ролей, общего повышения уровня и качества жизни населения. Представленные данные позволяют заключить, что учет поведенческих реакций, индивидуально-типологических характеристик человека позволит избежать нарастания симптомов, порожденных самой стрессогенной ситуацией – болезнью. Полученные результаты доказывают, что модель поведения и индивидуальные реакции людей зачастую обусловлены гендерной принадлежностью, которая в современных реалиях не всегда совпадает с половой.

**Ключевые слова:** *болезнь, отношение к болезни, гендер, гендерная идентичность*

**Для цитирования:** Ельникова О. Е., Колосова И. Г. Отношение к болезни у юношей и девушек с различной гендерной идентичностью // Научно-педагогическое обозрение (Pedagogical Review). 2023. Вып. 5 (51). С. 187–194. <https://doi.org/10.23951/2307-6127-2023-5-187-194>

Original article

## Attitude to the disease in boys and girls with different gender identities

Oksana E. Elnikova<sup>1</sup>, Irina G. Kolosova<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Bunin Yelets State University, Yelets, Russian Federation

<sup>1</sup> [eln-oksana@yandex.ru](mailto:eln-oksana@yandex.ru)

<sup>2</sup> [tais\\_i@mail.ru](mailto:tais_i@mail.ru)

### Abstract

The question of the influence of the psychological characteristic gender identity on the attitude of representatives of modern youth to the disease is considered. The results of a diagnostic study of the relationship between gender identity and types of attitude to the disease are presented. The characteristic of the concept of “disease” is given, the analysis of two main models of the occurrence and course of the disease is given: biomedical and biopsychosocial. Studies of the peculiarities of responding to the loss of health of carriers of a particular gender are analyzed. It is noted that gender-specific attitudes to the disease can become an important factor in the overall improvement of the situation in the healthcare sector and in the daily life of carriers of different gender roles, the overall improvement of the level and quality of life of the population. The data presented in this article allow us to conclude that taking into account behavioral reactions, individual typological characteristics of a person will help to avoid an increase in symptoms

generated by the most stressful situation – the disease. The results obtained prove that the behavior model and individual reactions of people are often determined by gender, which in modern realities does not always coincide with gender.

**Keywords:** *illness, attitude to illness, gender, gender identity*

**For citation:** Elnikova O. E., Kolosova I. G. Attitude to the disease in boys and girls with different gender identities [Otnosheniye k bolezni u yunoshey i devushek s razlichnoy gendernoy identichnost'yu]. *Nauchno-pedagogicheskoye obozreniye – Pedagogical Review*, 2023, vol. 5 (51), pp. 187–194. <https://doi.org/10.23951/2307-6127-2023-5-187-194>

Актуальные тенденции развития общества таковы, что интерес к вопросам здоровьесбережения и здоровьяформирования не угасает, а все более усиливается. Два года пандемии практически полностью изменили мировоззрение людей, даже те, кто не придавал значения вопросам здоровья, на текущий момент пересмотрели свои взгляды. Два года реальной угрозы не только здоровью, но и жизни не могли не сказаться на оценке значимости конструктивного отношения к болезни, вне зависимости от причин ее возникновения.

Рассуждая о значимости выработки эффективной модели отношения к болезни, необходимо остановиться и на самом понятии. «Болезнь» как термин, характеризующий потерю здоровья, чаще всего используется в медицинских отраслях научного знания. В современном мире медицина за алгоритм приняла две модели возникновения и протекания болезни: биомедицинскую и биопсихосоциальную.

Первая модель была впервые описана еще в XVII в., и с тех пор принимается как базовая при выявлении внешних факторов возникновения того или иного заболевания. Ее суть состоит из следующих основных составляющих:

- теория причины;
- система взаимосвязи трех объектов: «хозяин», «агент», «окружение»;
- возникновение болезни на клеточном уровне;
- теория механического характера.

Биомедицинская модель подразумевает, что тело человека – это «механизм», болезнь в данном случае – это выход из строя какой-либо «детали» данного «механизма» [1].

Как видно, данный тип модели не берет во внимание ни социальную сторону возникновения и протекания заболевания, ни психологическую, ни поведенческую. Согласно анализируемой модели, потеря здоровья изначально зависит от соматических факторов, вне зависимости от причины ее возникновения. Следовательно, процесс протекания болезни и ее лечения полностью зависит от профессионализма медицинского персонала, а не от заболевшего, что не всегда приводит к положительным результатам. Тем не менее данной модели не только придерживались многие годы, но и используют сейчас.

Вторая модель протекания болезни (биопсихосоциальная) берет свои корни в конце 1970-х гг. Данная модель базируется на теории, в основе которой лежит понимание, что любая болезнь – это часть целостной иерархии, состоящей как из элементарных частиц, так и из биосферы, в которой все элементы находятся в тесной взаимосвязи. При этом каждый из составляющих имеет личностную обусловленность, учитывает переживания личности и ее поведенческие характеристики. Стоит заметить, что в данной модели протекания болезни результат выздоровления зависит не только от компетентности медицинских работников, но и связан с личностными характеристиками самого больного и сопротивляемости его организма.

Биопсихосоциальная модель при характеристике состояния здоровья учитывает в первую очередь психологические факторы.

Реакция человека на известие о заболевании может быть очень разной: кто-то не придает должного внимания заболеванию, кто-то осознает всю важность диагноза и пытается всячески с этим

бороться, кто-то погружается в угнетенное состояние. Достаточно часто люди выбирают неконструктивные модели поведения. К примеру: либо «активное отбрасывание мысли о болезни», либо «уход от болезни в работу». Имея свой уникальный багаж знаний, жизненный опыт, каждый больной формирует свою собственную позицию по отношению к расстройствам, касающимся здоровья. Данный факт является определяющим в выстраивании отношения субъекта к болезни.

Проведенный ранее анализ исследований проблемы отношения человека к болезни позволяет утверждать, что разные авторы используют всевозможные термины, описывая такой психологический феномен, как реакцию на факт потери здоровья. А именно: «аутопластическая картина болезни» – А. Гольдшейдер, «внутренняя картина болезни» – Р. А. Лурия, «переживание болезни» – Е. А. Шевалев, В. В. Ковалев, «чувство болезни» – Е. К. Краснушкин, «реакция на болезнь» – Д. Д. Федотов, «реакция адаптации» – Е. А. Шевалев, О. В. Кербиков, «позиция к болезни» – Я. П. Фрумкин, Й. А. Мизрухин, Н. В. Иванов, «концепция болезни», «масштаб переживания болезни» – В. Н. Мясичев, С. С. Либих и другие [2–8].

В рамках данного исследования мы опираемся на биопсихосоциальную модель протекания болезни и реагирования на наличие тех или иных симптомов и поэтому считаем необходимым учет не только физиологических характеристик, но и психологических. В частности, обязательный учет гендерной принадлежности.

Изучение гендера – это междисциплинарная область, к которой можно подходить с разных позиций. В современной трактовке данную дефиницию в основном связывают с феминизмом и феминистскими теориями, что сужает понятие «гендер», который может быть описан и изучен с позиций разных наук: биологии, социологии, психологии, антропологии, политологии и т. д. Например, биологически ориентированные теории приписывают гендерные различия различным биологическим ролям, которые играют мужчины и женщины, в то время как социологические теории фокусируются на социально-структурных детерминантах развития и функционирования гендерных ролей. То есть социальное конструирование гендерных ролей на институциональном уровне является основным направлением данных теорий. В то время как исследование гендерных ролей на индивидуальном уровне является основным направлением психологических подходов.

История концепции гендера недолгая, в отличие от концепции, к примеру класса, идея гендера не уходит корнями в истоки социологии XIX в. В прошлом только слово «пол» использовалось для обозначения не только физических тел мужчин и женщин, но и для определения различных социальных ролей, которые играют мужчины и женщины. Однако позже выяснилось, что термина «пол» недостаточно для описания множества способов самовыражения людей, их поведения в культуре и социальной среде. Иными словами, термины «мужчина» и «женщина» стали сомнительными терминами и способами понимания различий для тех, кто хотел поговорить о том, как создаются культурные нормы или традиции и как формируются те или иные модели поведения. Ряд исследователей, в частности М. Rubin, на что указывает в своих исследованиях Р. Г. Петрова, пришли к выводу, что у мужчин и женщин разные роли и что эти роли не равны. Соответственно, понятие «гендер» было необходимо для описания того, как мужчины и женщины, являясь категориями, созданными обществом, должны себя вести и какая ценность придается каждому. При этом отмечалось, что зачастую модель поведения всецело зависит от пола [9].

Понятие «гендер» было впервые использовано в 1940-х годах Дж. Мани в дискурсе, призванном узаконить смену пола, и оно начало использоваться в социальных науках с конца 1960-х гг., следовательно, с этого периода вопрос о гендере стал центральным в обсуждениях социальной жизни [9].

Таким образом, можно утверждать, что гендерная идентичность является одним из личных переживаний собственного пола. Что влечет за собой необходимость учета гендерной идентичности при анализе тех или иных моделей поведения человека.

И хотя сейчас очень активно обсуждаются как вопросы здоровьесбережения и здоровья формирования, так и проблемы гендерной идентичности, тем не менее изучение особенностей реагирования на потерю здоровья носителей того или иного гендера не теряет своей значимости и актуальности.

Не стоит доказывать очевидный факт, что носители разных гендерных ролей, равно как и полов, демонстрируют совершенно иные модели поведения в абсолютно идентичных условиях. Вышесказанное относится и к моделям поведения в рамках здоровьесбережения. В качестве доказательства можно привести следующий пример. Согласно данным Всероссийского центра изучения общественного мнения, 90 % мужчин в возрасте от 30 до 40 лет на вопрос «Как вы думаете, вы здоровы?» ответили положительно. При этом 45 % участников опроса курят, а 62 % имеют низкую физическую активность. В то время как женщины, отвечая на аналогичный вопрос, учитывают данные аспекты при ответе и считают, что данные показатели негативно сказываются на здоровье.

Изучением данного вопроса занимался ряд авторов: И. Б. Назарова, Т. В. Рогачева, А. В. Diekman, А. N. Eagly, L. A. Cubbins, M. Szaflarski, S. Kreisler, H. Kreisler [10–14].

Тем не менее недавняя пандемия и учащающиеся вспышки различных заболеваний диктуют необходимость изучения вопроса о том, как тотальная потеря здоровья воздействует на женщин и мужчин.

На наш взгляд, важно учитывать гендерные особенности отношения мужчин и женщин к болезни, их психологическую специфику, не игнорировать значимые детали оценки ими своего состояния в ходе заболевания. Учет гендерных особенностей отношения к болезни может стать важным фактором общего улучшения ситуации и в сфере здравоохранения, и в повседневной жизни носителей разных гендерных ролей, общего повышения уровня и качества жизни населения.

Для достижения поставленной цели использовался следующий методический инструментарий: «МиФ» (Н. В. Дворянчиков), методика «Психологический пол» (Т. Л. Бессонова), Гиссенский опросник соматических жалоб, разработанный в Психосоматической клинике Университета в Гиссене (Германия) (в адаптации сотрудниками в Психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева); опросник «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) Санкт-Петербургского Психоневрологического НИИ им. В. М. Бехтерева. Статистический анализ результатов проводился с использованием Т-критерия Вилкоксона. Количественная и качественная обработка данных производилась с использованием пакета программы SPSS-21.

Эмпирическое исследование проводилось на базе ФГБОУ ВО «Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина». В исследовании участвовали 100 человек. В выборке представлены представители молодежи обоих полов в равных долях. Средний возраст составил  $21 \pm 4$  года.

Основной задачей первого этапа экспериментального исследования выступило определение гендерной идентичности участников исследования.

Данные, полученные в ходе диагностики, анализировались независимо от пола респондентов, что позволило определить степень выраженности феминности, маскулинности, андрогинности, а также определить субъективное отношение личности к своему уровню развития этих черт.

Диагностика гендерной идентичности дала следующие результаты:

Таблица 1

*Степень выраженности феминности, маскулинности, андрогинности по методике «МиФ», %*

Типы	Я-реальное	Я-идеальное	Я-рефлексивное	Тип сексуального предпочтения
Маскулинность	60	80	40	80
Феминность	20	20	20	20
Андрогинность	0	0	40	0

Количественное соотношение маскулинности-феминности позволила выявить методика «Психологический пол» (табл. 2).

Таблица 2

*Соотношение маскулинности-феминности по методике «Психологический пол»  
(среднее значение и стандартное отклонение)*

Уровень маскулинности	Уровень феминности
15,6 ± 3,2	9 ± 1,7

Результаты, представленные в табл. 1, 2, указывают на то, что среди испытуемых преобладает маскулинный тип, независимо от пола участников исследования.

Полученные результаты позволили разделить выборку на две основные группы с учетом не половой, а гендерной принадлежности: на респондентов, имеющих выраженную маскулинность, и участников исследования, имеющих выраженную феминность.

Для получения первичной информации о состоянии здоровья испытуемых был проведен опросник соматических жалоб. Диагностика соматического состояния респондентов была необходима, так как использование методики ТОБОЛ подразумевает наличие опыта переживания того или иного заболевания. Использование Гиссенского опросника соматических жалоб позволило отсеять из числа респондентов юношей и девушек, не имеющих проблем со здоровьем. С сожалением констатируем, что таких выявлено менее одного процента участников исследования. Подавляющее большинство студентов имеют те или иные проблемы со здоровьем, что убедило в актуальности проведения данного исследования (табл. 3).

Таблица 3

*Степень интенсивности физических недомоганий различного рода согласно Гиссенскому опроснику соматических жалоб (среднее значение и стандартное отклонение)*

Шкалы				
истощение	сердечные жалобы	желудочные жалобы	различные боли	суммарная интенсивность жалоб
5,47 ± 1,3	6,58 ± 2,5	5,26 ± 1,6	6,26 ± 1,4	20,25 ± 8,3

Проведение методики ТОБОЛ показало, что среди испытуемых, участвующих в исследовании, диагностируется наличие пяти типов отношения к болезни: эргопатический (стенический), анозогнозический (эйфорический), тревожный (тревожно-депрессивный и обсессивно-фобический), ипохондрический, неврастенический.

Согласно цели исследования, далее был проведен анализ типов отношения к болезни в группах с маскулинным и феминным типами гендерной идентичности (табл. 4).

Таблица 4

*Сравнительная характеристика типов отношения к болезни по методике ТОБОЛ  
в группах с разными типами гендерной идентичности, %*

Тип отношения к болезни	Испытуемые с феминным типом гендерной идентичности	Испытуемые с маскулинным типом гендерной идентичности
Анозогнозический	4	46
Эргопатический	4	33
Ипохондрический	27	7
Тревожный	45	6
Неврастенический	20	8

Таким образом, видно, что у большинства представителей феминного типа ярко выражены следующие типы отношения к болезни: тревожный, неврастенический, ипохондрический.

Лица с маскулинным типом гендерной идентичности относятся к болезни преимущественно в соответствии с анозогнозическим и эргопатическим типами.

Сравнение выраженности показателей отношения к болезни у испытуемых маскулинного и феминного типа гендерной идентичности показало наличие ряда значимых различий (табл. 5).

Таблица 5

*Значимые различия в выраженности показателей отношения к болезни у испытуемых с маскулинным и феминным типом гендерной идентичности*

Показатели	Средние значения		Значение t-критерия	Вероятность ошибки	Уровень значимости
	маскулинность	феминность			
Анозогнозический	12,97	6,62	3,10	0,002	**
Эргопатический	21,64	17,64	3,27	0,001	**
Ипохондрический	8,27	12,16	2,91	0,004	**
Тревожный	10,49	14,59	3,52	0,0005	**
Неврастенический	9,54	12,25	2,28	0,02	*

\* Отличия данных группы с маскулинным типом от данных группы с феминным типом с уровнем значимости  $p \leq 0,05$ , \*\*  $p \leq 0,01$  (критерий Вилкоксона).

Как видно из табл. 5, статистический анализ выявил значимые различия в типах отношения к болезни у людей с различной гендерной идентичностью.

Таким образом, на основании полученных данных можно заключить, что респонденты, имеющие маскулинный тип, выбирают следующий тип реагирования на наличие у них тех или иных симптомов болезни: стараются не думать о наличии у них той или иной болезни, а также о возможных ее последствиях. Практически любые симптомы оцениваются как «несерьезные» и не нуждающиеся во внимании. Часть списывают симптомы болезни на «случайные колебания самочувствия». Как правило, представители данного типа отказываются от врачебного обследования, так как уверены, что разберутся с проблемой самостоятельно, используя собственные средства, либо в надежде, что все пройдет само собой. Им также присущ «уход от болезни в работу» и отказ от медицинского обследования; такие люди часто объясняют его загруженностью на работе и/или необходимостью продолжать работать, несмотря ни на что. Перечисленные характеристики соответствуют расшифровке таких типов отношения к болезни, как анозогнозический и эргопатический, согласно классификации типов, представленной в методике ТООЛ.

Для испытуемых с феминным типом характерна совсем иная модель поведения. Они, как правило, беспокойны и мнительны, боясь осложнений болезни и неэффективности лечения. Часто меняют лечащих врачей в надежде найти более эффективный способ лечения. Все перечисленные поведенческие реакции проходят на фоне угнетенного настроения и низкой психической активности. Постоянное сосредоточение на болезненных ощущениях провоцирует поиск все новых и новых симптомов. Перечисленные характеристики соответствуют расшифровке таких типов отношения к болезни, как тревожный и ипохондрический, согласно классификации типов, представленной в методике ТООЛ.

Как видно из представленного выше даже неполного описания моделей поведения, в ситуации отражения тех или иных симптомов болезни учет психологических характеристик личности при построении лечебного процесса болезни любой нозологии просто необходим. Учет поведенческих реакций, индивидуально-типологических характеристик человека позволит избежать нарастания симптомов, порожденных самой стрессогенной ситуацией – болезнью. Также полученные результаты доказывают, что модель поведения и индивидуальные реакции людей зачастую обусловлены гендерной принадлежностью, которая в современных реалиях не всегда совпадает с половой.

Безусловно, полученных данных недостаточно, чтобы делать масштабные выводы, тем не менее описанные выше результаты позволяют очередной раз задуматься о настоящей необходимости учета психологических факторов, оказывающих влияние как на протекание болезни, так и на построение каждым человеком собственной модели поведения здоровьесбережения.

### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Никифоров Г. С. Психология здоровья: учебник. СПб.: Питер, 2006. 607 с.
2. Ельникова О. Е. Отношение к здоровью как фактор, способствующий «больному» поведению // Психология образования в поликультурном пространстве. 2013. Т. 4 (№ 24). С. 42–48.
3. Ельникова О. Е. Особенности внутренней картины болезни у представителей разных групп здоровья // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 5. URL: <http://www.science-education.ru/119-14678> (дата обращения: 12.01.2023).
4. Ельникова О. Е. Особенности влияния уровня интернальности на субъективное отражение состояния здоровья // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 5 (34). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 16.01.2023).
5. Ельникова О. Е. Психологические и психофизиологические характеристики людей с разным уровнем здоровья // Вестник психофизиологии. 2015. № 3. С. 73–78.
6. Ельникова О. Е. Психологические и психофизиологические особенности субъективной реакции на болезнь. Елец: Елецкий гос. ун-т им. И. В. Бунина, 2016. 78 с.
7. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М.: Медицина, 1977. 112 с.
8. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику: психологическое исследование. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 168 с.
9. Петрова Р. Г. Гендерология и феминология: учебник для вузов. 7-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2022. 207 с. URL: <https://urait.ru/bcode/497386> (дата обращения: 29.01.2023).
10. Назарова И. Б. Здоровье в представлении жителей России // Общественные науки и социум. 2009. № 2. С. 91–101.
11. Рогачева Т. В. Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 29.01.2023).
12. Diekman A. B., Eagly A. N. Stereotypes as dynamic constructs // Personality and Social Psychology Bulletin. 2000. Vol. 26. P. 1171–1181.
13. Cubbins L. A., Szaflarski M. Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands // Social Science and Medicine. 2001. Vol. 53. P. 1653–1666.
14. Kreisler S., Kreisler H. The psychological profile of the health-oriented individual // European J. of Personality. 1991. Vol. 5, № 1. P. 52–60.

### References

1. Nikiforov G. S. *Psikhologiya zdorov'ya: uchebnik* [Psychology of health]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2006. 607 p. (in Russian).
2. El'nikova O. E. Otnosheniye k zdorov'yu kak faktor, sposobstvuyushchiy «bol'nomu» povedeniyu [Attitude to health as a factor contributing to “sick” behavior]. *Psikhologiya obrazovaniya v polikul'turnom prostranstve*, 2013, vol. 4 (no. 24), pp. 42–48 (in Russian).
3. El'nikova O. E. Osobennosti vnutrenney kartiny bolezni u predstaviteley raznykh grupp zdorov'ya [Features of the internal picture of the disease in representatives of different health groups]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya*, 2014, no. 5 (in Russian). URL: <http://www.science-education.ru/119-14678> (accessed 12 January 2023).
4. El'nikova O. E. Osobennosti vliyaniya urovnya internal'nosti na sub'ektivnoye otrazheniye sostoyaniya zdorov'ya [Features of the influence of the level of internality on the subjective reflection of the state of health]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*, 2015, no. 5(34) (in Russian). URL: <http://mprj.ru> (accessed 16 January 2023).
5. El'nikova O. E. Psikhologicheskiye i psikhofiziologicheskiye kharakteristiki lyudey s raznym urovnem zdorov'ya [Psychological and psychophysiological characteristics of people with different levels of health]. *Vestnik psikhofiziologii*, 2015, no. 3, pp. 73–78 (in Russian).

6. El'nikova O. E. *Psikhologicheskiye i psikhofiziologicheskiye osobennosti sub'ektivnoy reaktsii na bolezni'* [Psychological and psychophysiological features of the subjective reaction to the disease]. Yelets, Bunin Yelets State University Publ., 2016. 78 p. (in Russian).
7. Luriya R. A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya* [Internal picture of the disease and iatrogenic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 1977. 112 p. (in Russian).
8. Nikolayeva V. V. *Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku: psikhologicheskoye issledovaniye* [The impact of chronic illness on the psyche: a psychological study]. Moscow, Moscow university Publ., 1987. 168 p. (in Russian).
9. Petrova R. G. *Genderologiya i feminologiya: uchebnik dlya vuzov* [Genderology and feminology]. Moscow, Yurayt Publ., 2022. 207 p. (in Russian). URL: <https://urait.ru/bcode/497386> (accessed 29 January 2023).
10. Nazarova I. B. *Zdorov'ye v predstavlenii zhiteley Rossii* [Health in the view of Russian residents and feminology]. *Obshchestvennyye nauki i sotsium*, 2009, no. 2, pp. 91–101 (in Russian).
11. Rogacheva T. V. *Muzhskkiye i zhenskkiye stereotipy otnosheniya k zdorov'yu v sovremennoj Rossii* [Male and female stereotypes of attitudes to health in modern Russia]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyy nauchnyy zhurnal*, 2010, no. 4 (in Russian). URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (accessed 29 January 2023).
12. Diekman A. B., Eagly A. N. Stereotypes as dynamic constructs. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2000, vol. 26, pp. 1171–1181.
13. Cubbins L. A., Szaflarski M. Family effects on self-reported health among Russian wives and husbands. *Social Science and Medicine*, 2001, vol. 53, pp. 1653–1666.
14. Kreisler S., Kreisler H. The psychological profile of the health-oriented individual. *European J. of Perconality*, 1991, vol. 5, no. 1, pp. 52–60.

**Информация об авторах**

**Ельникова О. Е.**, кандидат психологических наук, доцент, Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина (ул. Коммунаров, 28.1, Елец, Россия, 399770).  
E-mail: eln-oksana@yandex.ru

**Колосова И. Г.**, кандидат психологических наук, доцент, Елецкий государственный университет им. И. А. Бунина (ул. Коммунаров, 28.1, Елец, Россия, 399770).  
E-mail: tais\_i@mail.ru

**Information about the authors**

**Elnikova O. E.**, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Bunin Yelets State University (ul. Kommunarov, 28.1, Yelets, Russian Federation, 399770).  
E-mail: eln-oksana@yandex.ru

**Kolosova I. G.**, Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor, Bunin Yelets State University (ul. Kommunarov, 28.1, Yelets, Russian Federation, 399770).  
E-mail: tais\_i@mail.ru

*Статья поступила в редакцию 30.01.2023; принята к публикации 04.09.2023*

*The article was submitted 30.01.2023; accepted for publication 04.09.2023*