

Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности

Л.И. Вассерман, Е.А. Трифонова

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева

В статье рассматривается социальный аспект проблемы здоровья и качества жизни человека. Анализируется роль социально-экономического статуса, социального стресса, социальной фрустрированности и социальной поддержки в формировании сферы здоровья личности. Подчеркивается, что влияние социальных условий на здоровье опосредуется комплексом психологических факторов и должно исследоваться в контексте взаимодействия личности и социума.

Ключевые слова: качество жизни, здоровье, социальное неравенство, социальная фрустрированность, социальная поддержка, социально-экономический статус, социальный стресс, личность

Sociopsychological factors influencing individual health

L.I. Wasserman, E.A. Trifonova

V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg

The social aspect of health and quality of life problem is reviewed. The role of socioeconomic status, social stress, social frustratedness and social support in health formation is considered. It is emphasized that the influence of social conditions on health is mediated by a complex of psychological factors and should be studied in the framework of "personality-social context" interaction.

Key words: quality of life, health, social inequality, social frustratedness, social support, socioeconomic status, social stress, personality

Социальным условиям в настоящее время отводится весьма важная роль как факторам, непосредственно и опосредованно формирующим сферу здоровья личности. Исследования свидетельствуют о том, что зачастую качество жизни и уровень психической адаптации оказываются в большей мере зависимыми от социальных характеристик индивида, нежели от клинических. При этом большинство параметров качества жизни и здоровья, а также соотносящихся с ними психологических переменных обнаруживают неравномерное распределение между представителями разных социальных групп, что делает актуальными дифференцированные подходы в организации программ первичной профилактики заболеваний и сопровождении лечебно-реабилитационного процесса.

Чаще всего при исследовании социального аспекта качества жизни личности в связи с состоянием здоровья рассматриваются социально-экономический статус, социальный стресс и социальная фрустрированность, различные компоненты социальной поддержки.

Социально-экономический статус и состояние здоровья. Под социальным статусом понимается положение индивида или группы в социальной системе, определяемое по ряду экономических, профессиональных, этнических и других специфических для данной системы признаков (пол, образование, профессия, уровень дохода и др.). Ключевыми признаками разграничения по социально-экономическому статусу являются образование, профессия (наличие/отсутствие про-

фессиональной занятости, характер профессиональной деятельности), уровень дохода.

Отечественные и зарубежные социологические исследования позволяют обоснованно утверждать, что среди лиц с низким уровнем образования и дохода, безработных, проживающих в стесненных материальных условиях, в одиночестве, уровень заболеваемости и смертности значительно выше, чем в социально более «благополучных» группах населения (Неравенство и смертность..., 2000; Тапилина В.С., 2004; Mulatu M., Schooler C., 2002).

Механизмы, лежащие в основе указанных зависимостей, многообразны, однако в целом соответствуют двум моделям:

1. модель доступности материальных ресурсов;
2. модель доступности психосоциальных ресурсов.

Традиционным считается объяснение, согласно которому лица с более высоким социально-экономическим статусом обладают более широкими возможностями для удовлетворения базовых потребностей и способны использовать более эффективные меры для предотвращения и устранения отклонений в состоянии здоровья.

Вместе с тем все большее распространение получает позиция, согласно которой существует как прямое влияние социальных условий на качество жизни и здоровье человека, так и влияние, опосредованное комплексом психологических факторов, которые в ряде случаев оказываются не только следствием воздействия среды на личность, но и причиной закрепления на низком социально-экономическом уровне.

К таким опосредующим факторам относят социальный стресс, переживание социальной фрустрированности, ряд когнитивно-поведенческих характеристик (уровень субъективного контроля, оптимизм/пессимизм, враждебность, самооценку), уровень социальной поддержки.

Социальный стресс и социальная фрустрированность как факторы медицинского риска и нарушения адаптации личности. Социальные процессы микро- и макроуровней создают условия, благоприятствующие удовлетворению актуальных потребностей индивида, либо препятствующие этому. В том случае, если источником стресса, обусловленного блокированием значимых потребностей, являются макросоциальные явления, говорят о социогенном (социальном) стрессе.

Рассматривая последствия глобальных экономических и политических изменений в российском обществе в период реформ 90-х годов XX века, Ю.А. Александровский (2000) описывает особую группу нарушений психической адаптации — социальную-стрессовые расстройства. Основные причины этих расстройств, по мнению Ю.А. Александровского, связаны с общей идеолого-ценностной дезориентацией и актуализацией макросоциальных проблем (безработицы, экономического «хаоса», обострения межнациональных конфликтов и др.), которые дезорганизуют социальную деятельность отдельных членов общества и дестабилизируют их психическое состояние за счет таких факторов, как непрогнозируемость и неподконтрольность событий, неопределенность жизненного положения, незащищенность перед угрозой, необратимость изменений и т.п.

Значимость социального стресса не ограничивается ситуациями коренного изменения экономического уклада и политического строя, ситуациями глобальных социальных потрясений, отголоски которых затрагивают даже тех членов общества, которые не являлись их непосредственными свидетелями. Социальный стресс — более широкое понятие, при рассмотрении которого на первый план выходит фрустрирующее столкновение индивида с социальной системой, а также несоответствие между его психическими ресурсами и требованиями, предъявляемыми этой системой.

Социальное неравенство является одним из факторов социального стресса, который переживают в первую очередь наименее обеспеченные слои населения. В настоящее время хронический стресс признан значимым механизмом, формирующим неблагоприятный медико-психологический прогноз у лиц с низким социально-экономическим статусом (Vaum A., Garofalo J.P., Yali A.M., 1999; Wilkinson R., 1999). Низкий уровень образования и достатка, отсутствие профессиональной занятости (либо «непрестижный» характер трудовой деятельности) сопряжены с повышенной стрессовой нагрузкой, которую определяют особенности взаимодействия со средой: незащищенность лич-

ного пространства (теснота дома, в общественном транспорте и т.п.), неблагоприятные экологические условия (шум, загрязненность и т.п.), труд в тяжелых условиях, дискриминация, чувство бесправности, неполноценности и униженности, возникающее при актуализации социального неравенства и др. Хронический стресс в ситуации недостаточной защищенности негативно отражается на состоянии здоровья, влияя на нейроэндокринную регуляцию организма и актуализируя патогенные поведенческие стереотипы (курение, «нездоровое» питание, злоупотребление алкоголем и др.) (Hawkey L. et al., 2011).

Ограниченные социальные возможности у лиц с низким социально-экономическим статусом определяют высокий уровень *социальной фрустрированности*, рассматриваемой как мера нарушения личностно-средового взаимодействия вследствие блокирования индивидуально значимых социальных потребностей (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Березин М.А., 2004). Социальная фрустрированность, возникающая вследствие психотравмирующего действия социальной незащищенности, в особенности у лиц с недостаточным адаптационно-компенсаторным потенциалом, создает предпосылки для хронического стресса, нарушения эмоционального реагирования и вегетативно-висцеральной регуляции с последующим развитием предболезненных и болезненных состояний (Вассерман Л.И., Березин М.А., 1997; Koivumaa-Honkanen H. et al., 2000).

Накопление социальной фрустрированности в малообеспеченных слоях населения способствует формированию враждебной социальной среды, которая оказывает негативное влияние на сознание и самосознание подрастающего поколения — детей и подростков. Ранний опыт жизни в неблагоприятных социальных условиях, усвоенные определенных когнитивных и поведенческих стереотипов становятся препятствием для преодоления социально-экономических барьеров и использования возможностей для саморазвития и достижения высоких результатов в индивидуально значимых сферах деятельности.

Психологические механизмы влияния социальных условий на формирование сферы здоровья личности. Согласно современным исследованиям, социально-экономическому неравенству соответствует определенное психологическое неравенство. У лиц с высоким социально-экономическим статусом отмечаются более высокие средние показатели уровня субъективного контроля, самооценки, социальной поддержки и более низкие средние показатели пессимизма, а также общего дистресса. Указанные характеристики являются известными коррелятами соматического статуса, а потому могут рассматриваться в качестве промежуточных элементов во взаимосвязи «социальный статус — состояние здоровья».

S. Taylor, T. Seeman (1999) отмечают, что в процессе социогенеза в условиях, характерных

для разных уровней социально-экономической иерархии, происходит закрепление специфических стилей реагирования, которые являются своего рода адаптационными образованиями. По мнению указанных авторов, получая определенный опыт в связи со спецификой социальных обстоятельств, человек вырабатывает стиль саморегуляции и навыков для преодоления социо-специфического стресса. Среда, соответствующая низкому социально-экономическому уровню, характеризуется недостатком ресурсов, а также высоким стрессогенным потенциалом, в то время как среда, соответствующая высокому социально-экономическому уровню, свойственны слабая стрессогенность и разнообразие ресурсов. Высокий ресурсный и низкий стрессогенный потенциал среды создает предпосылки для развития и закрепления навыков саморегуляции, связанных с целеполаганием, планированием, ориентированностью на будущее и т.п. Условия же существования при низком социально-экономическом статусе способствуют формированию и фиксации противоположного стиля реагирования («реактивного поведения» — ‘reactive responding’ — согласно терминологии авторов концепции), характеризующегося постоянной бдительностью, ориентированностью на внешние события, а не внутренние потребности и устремления, эмоциональной насыщенностью реакций, сужением жизненной перспективы и ограничением чувства свободы выбора, преобладанием простого краткосрочного целеполагания.

Фактически, как полагают S. Taylor, T. Seeman, при неблагоприятных социальных условиях, отличающихся большой принудительной силой и низкой прогнозируемостью, создаются предпосылки для формирования экстернального локуса контроля (низкого уровня субъективного контроля), низкой самооценки, пессимистичности, тревоги перед будущим и компенсаторной враждебности, а также ограничения перспективы планирования. Зависимость между этими особенностями мировосприятия и низким социально-экономическим статусом была продемонстрирована в ряде исследований.

Так, например, проведя массовый опрос жителей Санкт-Петербурга, В. Браун и Н.Л. Русина (1999) установили, что респонденты с более высоким уровнем образования значительно выше оценивают личную ответственность за состояние своего здоровья, чаще усматривают связь между своим поведением (курением) и соматическими отклонениями. Лица с низким уровнем образования, напротив, более склонны относить проблемы со здоровьем на счет не зависящих от них обстоятельств и нередко воспринимают «вредные привычки» как нечто обусловленное внешними факторами, а не личным выбором.

Связь уровня субъективного контроля с социально-экономическим статусом и состоянием здоровья/смертностью подтверждена рядом эмпирических исследований (Mackenbach J. et al., 2001; Bosma H., van de Mheen H.D., Macken-

bach J.P., 1999). Аналогичные данные были получены в отношении пессимизма и враждебности: у лиц с низким социально-экономическим статусом более выражены пессимистические и враждебные тенденции, которые, в свою очередь, являются значимым фактором заболеваемости и смертности (Ениколопов С.Н., Садовская А.В., 2000; Scheier M. et al., 1989).

Следует также отметить, что указанные выше психологические характеристики нередко сочетаются с традиционными факторами риска неблагоприятных медицинских исходов — курением, злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами, «нездоровым» питанием (обуславливающим избыточность массы тела и метаболические отклонения), низким уровнем физической активности и т.п. Иными словами, соматические, психические и социальные факторы нарушений физического и психического здоровья, а также социального благополучия, как правило, тесно связаны друг с другом, образуя своего рода «порочный круг», удерживающий своих «заложников» в зоне риска психических и соматических заболеваний, а также низкого качества жизни. Результатом хронического стресса и недостатка ресурсов для его преодоления оказывается высокая психическая и соматическая заболеваемость. В этой ситуации протективное значение приобретает уверенность индивида в возможности получения поддержки со стороны микросоциального окружения, уверенность, избавляющая от ощущения одиночества и беспомощности перед повседневными трудностями.

Социальная поддержка в механизмах стрессоустойчивости и формировании сферы здоровья личности. В настоящее время социальная поддержка считается одним из наиболее значимых внешних ресурсов для преодоления стресса, в том числе стресса болезни.

Единого определения и единого подхода к оценке социальной поддержки не существует. S. Cobb (1976) — один из пионеров исследования социальной поддержки — определяет ее как «информацию, вселяющую в индивида уверенность в том, что он небезразличен, что его ценят, любят, а также что он включен в систему коммуникации и взаимных обязательств». Эта информация рождается и воспринимается в процессе социального взаимодействия, прежде всего в межличностных отношениях.

Социальная поддержка может анализироваться на разных уровнях в зависимости от дистанции между индивидом и агентом поддержки: от наиболее близких (например, супружеских) отношений, до отношений с соседями, коллегами, представителями органов социального обеспечения и других заинтересованных лиц.

Существуют два основных подхода к исследованию социальной поддержки:

- структурный,
- функциональный.

При *структурном* подходе исследуются особенности социальной сети и взаимосвязей индивида с социальным окружением. Ключевыми понятиями в рамках данного подхода являются понятия социальной сети и социальной интеграции. Под социальной сетью понимается система взаимосвязей внутри того или иного социального комплекса, где «узлы» выступают в качестве субъектов взаимосвязи, а соединения — в качестве отношений между ними. Под социальной интеграцией понимается степень вовлеченности в социальную систему, измеряемая количеством контактов, частотой взаимодействия и т.п. Противоположностью социальной интеграции является социальная изоляция.

Несмотря на относительную механистичность структурного подхода, в большинстве исследований даже наиболее простые характеристики социальной сети оказываются значимыми предикторами соматического и психосоциального благополучия/неблагополучия. На патогенную роль социальной изоляции, ее сопряженность с повышенной смертностью и заболеваемостью (соматической и психической), указывает целый ряд широкомасштабных проспективных исследований (Seeman T. et al., 1987).

Проживание в одиночестве признается чрезвычайно неблагоприятным обстоятельством, в особенности в пожилом возрасте. В качестве примера могут служить результаты исследования J. Kulik, H. Mahler (1989), которые показали, что частота визитов близких к больным, перенесшим аортокоронарное шунтирование, связана с временем, требующимся на послеоперационное восстановление вне зависимости от других известных обстоятельств: чем чаще близкие навещают пациента, тем быстрее происходит выписка в связи с улучшением его состояния.

Конкретные механизмы, определяющие эффект социальной изоляции и различных характеристик социальной сети, изучены недостаточно, хотя и понятны на интуитивном уровне. Существуют три основные гипотезы, описывающие механизмы влияния социальной изоляции на медицинский прогноз (Cohen S. et al., 2000).

Социальная изоляция непосредственно повышает уровень тревоги, приводит к ее хронизации, а следовательно, и хронизации физиологической (нейроэндокринной) активации, негативно отражающейся на соматическом состоянии.

Наличие социальных связей положительно сказывается на состоянии здоровья благодаря социальному контролю поведения индивида —ощрению поведения, способствующего сохранению здоровья, и осуждению поведения, ухудшающего его.

Социальные связи и разветвленность социальной сети определяют большую доступность материальных и нематериальных ресурсов, обеспечивающих оптимальное состояние здоровья.

Вместе с тем, по мнению большинства исследователей, степень социальной поддержки определяется не столько количественными, сколько

качественными характеристиками социального взаимодействия. Эффект разветвленности социальной сети и количества социальных контактов обусловлен преимущественно поддержкой, оказываемой субъектами социальных отношений. Данная позиция лежит в основе *функционального* подхода к проблеме социальной поддержки.

Согласно функциональному подходу социальная поддержка является функцией, реализуемой во взаимодействии индивида с социальным окружением. Иными словами, речь идет о том, какие потребности человека удовлетворяются при социальном взаимодействии и в какой мере. В общем виде выделяют три основные функции социальной поддержки: информационная, эмоциональная и инструментальная (действенная).

Большинство исследователей признает позитивную роль социальной поддержки в отношении сохранения физического и психического здоровья человека (Cohen S., Syme S., 1985). Установлено позитивное влияние социальной поддержки на приверженность лечению при целом ряде заболеваний (Gallant M., 2003), причем особого внимания в этом плане заслуживает компонент социальной поддержки, связанный со стимулированием изменения образа жизни. Подчеркивается, что социальное окружение должно не только поддерживать пациента в преодолении стресса болезни, но и создавать условия, которые способствовали бы формированию и закреплению стереотипов поведения, определяющих благоприятный медицинский прогноз.

Существуют две основные модели, характеризующие механизмы действия социальной поддержки.

Модель непосредственного эффекта. Согласно этой модели социальная поддержка оказывает непосредственное воздействие на психическое функционирование индивида.

Модель опосредованного эффекта. Согласно этой модели действие социальной поддержки имеет косвенный характер, связанный с модуляцией других факторов психического функционирования.

Эти модели, по-видимому, не исключают друг друга. В зависимости от особенностей ситуации и задействованного компонента социальной поддержки она может выступать и как непосредственная детерминанта психического состояния индивида, и как, например, «буфер», смягчающий воздействие тех или иных стрессоров (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010).

Описанные модели предполагают связь высокого уровня социальной поддержки с благоприятным развитием событий и низкого уровня поддержки — с неблагоприятным. Однако видеть лишь положительную сторону структурных и функциональных характеристик социальной поддержки было бы, вероятно, упрощением.

В первую очередь речь идет о структурном аспекте. Социальные связи — это потенциальный источник не только заботы и участия, но и конфликтов, высоких требований, в том числе тре-

бования оказания социальной поддержки. Глубокие межличностные отношения накладывают на человека серьезные обязательства и предполагают эмоциональное сопереживание, высокую восприимчивость к проблемам и огорчениям другого. Межличностные, прежде всего семейные, конфликты, а также частые эпизоды негативного окрашенного взаимодействия сопряжены с повышенной стрессовой нагрузкой, обуславливающей высокий риск нарушений психической адаптации.

В условиях тесного социального контакта высока вероятность как поддержки, так и фрустрации, причем один и тот же человек может быть источником как позитивных, так и негативных переживаний. Больной наряду с ободрением и сочувствием может сталкиваться с критическими замечаниями, касающимися его болезни или физических ограничений, побуждениями к большей самостоятельности, чрезмерно пессимистическими или оптимистическими оценками своего состояния, «бесполезными» предложениями, обвинениями в преувеличении своих страданий и т.п.

В последнее время исследователи уделяют все более пристальное внимание именно негативному аспекту социальных отношений, так называемой «проблематичной социальной поддержке» (Revenson T. et al., 1991). Под проблематичной социальной поддержкой понимаются действия, которые рассматриваются реципиентом как не поддерживающие, несмотря на стремление оказать помощь у того, кто их совершает. Фактически это социальное взаимодействие, описываемое известной фразой о «благих намерениях». Проблематичность социальной поддержки может быть связана с несоответствием между ожиданиями реципиента и поведением агента поддержки как в количественном плане (например, при чрезмерной опеке), так и в качественном (например, в случае, когда индивид ожидает сочувствия, а получает прагматическую информацию).

Превышение социальной поддержкой субъективно оптимального уровня часто не только не способствует адаптации к болезни, но и препятствует ей (Thompson S., Sobolew-Shubin A., 1993). Гиперопека, являясь преимущественно производным от тревоги и чувства вины ближайшего окружения, вызывает у большинства пациентов по меньшей мере досаду и раздражение. При неблагоприятном развитии событий настойчивые попытки близких «облегчить» жизнь больного могут иметь последствия для самооценки последнего, его мотивации к выздоровлению (восстановлению), способности к преодолению стресса.

Из вышесказанного следует, что социальная поддержка — сложный феномен, возникающий при взаимодействии субъектов (агента и реципиента), обладающий количественными и качественными характеристиками, соотношение которых определяет удовлетворенность или неудовлетворенность реципиента в зависимости от его индивидуальных потребностей и ожиданий. Более того, необходимо учитывать, что несмотря на свою роль, реципиент поддержки является активным участником социального взаимодействия, а потому от его поведения и эмоционально-личностных особенностей в значительной мере зависит уровень и качество поддержки (Eckenrode J., 1983).

Таким образом, анализ влияния социальных условий на формирование сферы здоровья личности может осуществляться лишь в контексте взаимодействия, то есть при учете способности личности активно созидать социальную среду в соответствии с индивидуальными потребностями и ценностями, а с другой стороны — с учетом социально-культурной опосредованности формирования личности, ее базовых установок и паттернов поведения, в том числе в отношении здоровья. Понимание механизмов подобного взаимодействия является необходимым условием обеспечения эффективности любых программ по охране и укреплению здоровья населения.

Литература

1. Александровский Ю.А. *Пограничные психические расстройства*. М.: Медицина, 2000.
2. Браун В. Дж., Русинова Н. Л. Социальные неравенства и здоровье // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1999. Том II. № 1.
3. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. *Совладание со стрессом: теория и психодиагностика*. СПб: Речь, 2010.
4. Вассерман Л.И., Беребин М.А. *Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов*. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997.
5. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Беребин М.А. *Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение. Методические рекомендации*. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2004.
6. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. *Враждебность и проблема здоровья человека* // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. — 2000. — № 7. — С. 59–64.
7. *Неравенство и смертность в России: Коллективная монография / Под ред. В.М. Школьниковой, Е.М. Андреевой, Т.М. Малевой*. Моск. центр Карнеги. — М.: Сигнал, 2000.
8. Тапилина В.С. *Социально-экономический статус и здоровье населения. // Социологические исследования*. — 2004. — №3. — С. 126–137.
9. Baum A., Garofalo J.P., Yali A.M. *Socioeconomic Status and Chronic Stress: Does Stress Account for SES Effects on Health?* // *Annals of the New York Academy of Sciences*. — 1999. — Vol. 896. — P. 131–144
10. Bosma H., van de Mheen H.D., Mackenbach J.P. *Social class in childhood and general health in*

- adulthood: questionnaire study of contribution of psychological attributes // *BMJ*.—1999.—Vol. 318 (7175).—P. 18–22.
11. Cobb S. Social support as a moderator of life stress // *Psychosomatic Medicine*.—1976.—Vol. 38.—P. 300–314.
 12. Cohen S, Syme SL (eds): *Social Support and Health*. London, Academic Press, 1985.
 13. Cohen S., Underwood L.G., Gottlieb B.H. *Social support measurement and intervention. A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press, 2000.
 14. Eckenrode J. The mobilization of social supports: some individual constraints // *Am J Community Psychol*.—1983.—Vol. 11 (5).—P. 509–528.
 15. Gallant M.P. The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research // *Health Education & Behavior*.—2003.—Vol. 30.—P. 170–195.
 16. Goldman N. Social Inequalities in Health: Disentangling the Underlying Mechanisms // *Annals of the New York Academy of Sciences*.—2001.—Vol. 954.—P. 118–139
 17. Hawkey L.C., Lavelle L.A., Berntson G.G., Cacioppo J.T. Mediators of the relationship between socioeconomic status and allostatic load in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study (CHASRS) // *Psychophysiology*.—2011.—Vol. 48(8).—P. 1134–1145.
 18. Koivumaa-Honkanen H., Honkanen R., Viinamäki H., Heikkilä K., Kaprio J., Koskenvuo M. Self-reported Life Satisfaction and 20-Year Mortality in Healthy Finnish Adults // *American Journal of Epidemiology*.—2000.—Vol. 152.—№ 10.—P. 983–991
 19. Kulik J.A., Mahler H.I. Social support and recovery from surgery // *Health Psychol*.—1989.—Vol. 8.—P. 221–238.
 20. Mulatu M.S., Schooler C. Casual Connections Between Socio-economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms // *Journal of Health and Social Behavior*.—2002.—Vol. 43.—Issue 1.—P. 22–41.
 21. Revenson T.A., Schiaffino K.M., Majerovitz S.D., Gibofsky A. Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients // *Soc Sci Med*.—1991.—Vol. 33.—P. 807–813.
 22. Scheier M. F., Matthews K.A., Owens J.F., Magovern G.J., Lefebvre R.C., Abbott R.A., Carver C.S. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*.—1989.—Vol. 57.—P. 1024–1040.
 23. Seeman T.E., Kaplan G.A., Knudsen L., Cohen R., Guralnik J. Social ties and mortality in the elderly: a comparative analysis of age-dependent patterns of association // *Am J Epidemiol*.—1987.—Vol. 126.—P. 714–723.
 24. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial Resources and the SES-Health Relationship // *Annals of the New York Academy of Sciences*.—1999.—Vol. 896.—P. 210–225.
 25. Thompson S.C., Sobolew-Shubin A. Overprotective relationships: A nonsupportive side of social networks // *Basic and Applied Social Psychology*.—1993.—Vol. 14.—P. 363–383.
 26. Wilkinson R.G. Health, Hierarchy, and Social Anxiety // *Annals of the New York Academy of Sciences*.—1999.—Vol. 896.—P. 48–63.

Сведения об авторах

Вассерман Людвиг Иосифович: д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета. E-mail: psy_lab@inbox.ru

Трифонова Елена Александровна: к.психол.н., научный сотрудник Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, доцент кафедры клинической психологии Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. E-mail: trifonovahelen@yandex.ru