

Отримано: 12 серпня 2019 р.

Прорецензовано: 16 серпня 2019 р.

Прийнято до друку: 16 серпня 2019 р.

e-mail: burlakova22irina@gmail.com

DOI: 10.25264/2415-7384-2019-9-78-83

Бурлакова І. А. Соціальні аспекти професійного здоров'я фахівців економічної сфери. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»* : науковий журнал. Острог : Вид-во НаУОА, серпень 2019. № 9. С. 78–83.

УДК 316.6:613.8:330-027.512

**Бурлакова Ірина Анатоліївна,**

*доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри практичної психології та соціальної роботи, Східноукраїнський національний університет ім. В. Даля МОН України, м. Северодонецьк, Україна*

## СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ ЕКОНОМІЧНОЇ СФЕРИ

*У статті визначено аспекти соціального середовища, у якому формується професійне здоров'я фахівців економічної сфери. Розглянуто стратегії соціальної підтримки різних категорій фахівців. Доведено, що професійне здоров'я фахівця економічної сфери можна формувати лише в контексті особистісно-середовищної взаємодії відповідно до індивідуальних потреб і цінностей.*

**Ключові слова:** професійне здоров'я, фахівці економічної сфери, соціальні аспекти, хронічний стрес, соціальна підтримка.

**Iryna Burlakova,**

*Doctor of Psychological Sciences, Associate professor, professor of the Department of Practical Psychology and Social Work, East-Ukrainian National University named after Volodymyr Dahl Severodonetsk, Ukraine*

## SOCIAL ASPECTS OF OCCUPATIONAL HEALTH OF SPECIALISTS OF THE ECONOMIC SPHERE

*The article defines the aspects of the social environment of the occupational health of professionals of the economic sphere. The strategies of social support for various categories of specialists are considered. It is proved that the formation of occupational health of professionals of the economic sphere can be carried out only in the context of personal-social environment interaction in accordance with individual needs and values.*

**Key words:** occupational health, specialists of the economic sphere, social aspects, chronic stress, social support.

**Постановка проблеми.** Сьогодні відбувається зміна суспільного статусу здоров'я як явища соціуму, що віддзеркалено як в індивідуальному розумінні, так і в оцінці всього людства. Здоров'я зберігає своє значення для індивіда як певна цінність і відповідний стан (відсутність болю, недуги), що забезпечує можливість працювати. Також воно набуває нових вимірів: формується нове ставлення до нього як особливого соціального феномену. Здоров'я (як особливе соціальне явище) все більшою мірою стає структуроутворювальним чинником соціального буття, що реалізується в суб'єктній життєдіяльності конкретних індивідів.

У сучасному світі соціальним аспектам відводять дуже важливу роль як чинникам, що безпосередньо й опосередковано формують сферу здоров'я особистості. Дослідження свідчать про те, що найчастіше якість життя і рівень психічної адаптації більшою мірою залежать від соціальних характеристик індивіда, ніж від клінічних. Водночас здебільшого параметри якості життя та здоров'я співвідносять із психологічними змінними, які виявляють нерівномірний розподіл між представниками різних соціальних груп. Усе це робить актуальним диференційовані підходи в організації програм первинної профілактики захворювань і супровід лікувально-реабілітаційного процесу.

**Короткий огляд останніх досліджень і публікацій.** Аналіз публікацій із проблем оцінки стану здоров'я населення свідчить про стійкий інтерес психологічних наук до вивчення здоров'я як соціального явища, розгляду питань соціальної обумовленості здоров'я. Вияв індивідуального здоров'я як агрегованого результату суспільних процесів розглядають М. Вебер, Е. Дюркгейм, Е. Фромм, оцінку здоров'я як аспекту соціально-екологічної якості життя подано в роботах П. І. Калью, В. А. Ядова, В. Н. Іванова, С. І. Бояркіної та ін. У працях І. А. Гундарова, Н. Х. Гафіатуліної динаміку рівня здоров'я людини пов'язано з функціонуванням соціальних структур, вивчено закономірності системи взаємодії членів суспільства, коли продуктивність індивіда є компонентом синергетичного результату групи, індивідуальне здоров'я постає чинником добробуту суспільства.

Дослідження соціальних установок щодо здоров'я, моделей самозбережувальної поведінки, взаємозв'язку захворюваності та різноманітних факторів ризику, зокрема й аналіз впливу способу життя, відображено в наукових працях Л. Л. Антонової, І. В. Журавльової, В. А. Ядова, Е. В. Дмитрієвої та ін.

Проте в психологічній літературі недостатньо вивчено феномен соціальної обумовленості професійного здоров'я фахівців економічної сфери.

**Мета статті** – виявити соціальні аспекти професійного здоров'я фахівців економічної сфери.

**Матеріали і методи дослідження:** *теоретичні* – аналіз, порівняння та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; *емпіричні* – опитування, спостереження.

**Виклад основного матеріалу.** Найчастіше під час дослідження соціального аспекту якості життя особистості у зв'язку зі станом здоров'я розглядають соціально-економічний статус, соціальний стрес, соціальну фрустрацію та різні компоненти соціальної підтримки.

Під соціальним статусом розуміють становище індивіда або групи в соціальній системі, визначене за економічними, професійними, етнічними й іншими специфічними для цієї системи ознаками (стать, освіта, професія, рівень доходу та ін.). Ключовими ознаками розмежування за соціально-економічним статусом є освіта, професія (наявність / відсутність професійної зайнятості, характер професійної діяльності), рівень доходу.

Вітчизняні та закордонні соціологічні дослідження дають змогу обґрунтовано стверджувати, що з-поміж фахівців із низьким рівнем освіти й доходу, безробітних, які проживають у скрутних матеріальних умовах, на самоті, рівень захворюваності та смертності значно вищий, ніж у соціально більш «благополучних» групах населення [6].

Механізми, що лежать в основі зазначених залежностей, різноманітні, однак загалом відповідають двом моделям: моделі доступності матеріальних ресурсів і моделі доступності психосоціальних ресурсів. Традиційним вважають пояснення, згідно з яким фахівці з вищим соціально-економічним статусом володіють ширшими можливостями для задоволення базових потреб і здатні використовувати більш ефективні заходи, щоби запобігти відхиленням та усунути їх у стані професійного здоров'я.

Водночас усе більшого поширення набуває позиція, згідно з якою існує як прямий вплив соціальних умов на якість життя і здоров'я фахівця, так і вплив, що є опосередкованим комплексом психологічних чинників, які в певних випадках виявляються не лише наслідком впливу середовища на фахівця, а й причиною закріплення на низькому соціально-економічному рівні. До таких опосередкованих чинників належать соціальний стрес, переживання соціальної фрустрації, когнітивно-поведінкові характеристики, рівень соціальної підтримки.

Соціальні процеси на мікро- та макрорівні створюють умови, що сприяють задоволенню актуальних потреб індивіда, або перешкоджають цьому. У тому випадку, якщо джерелом стресу, обумовленого блокуванням значущих потреб, є макросоціальні явища, говорять про соціогенний (соціальний) стрес і порушення адаптації фахівця економічної сфери.

Розглядаючи наслідки глобальних економічних і політичних змін суспільства в період реформ 90-х років ХХ століття, Ю. Александровський [1] описує особливу групу порушень психічної адаптації – соціально-стресові розлади. Основні причини цих розладів, на думку дослідника, пов'язані із загальною ідеолого-ціннісною дезорієнтацією і актуалізацією макросоціальних проблем, які дезорганізують соціальну діяльність окремих членів суспільства й дестабілізують їхній психічний стан через такі чинники, як непрогнозованість і невідконтрольність подій, невизначеність життєвого становища, незахищеність перед загрозою, незворотність змін тощо.

Значущість соціального стресу не обмежується ситуаціями докорінної зміни економічного та політичного ладу, ситуаціями глобальних соціальних потрясінь, відгомони яких зачіпають навіть тих членів суспільства, які не були їх безпосередніми свідками. Соціальний стрес – ширше поняття, під час розгляду якого на перший план виходять фрустраційні зіткнення індивіда з соціальною системою, а також невідповідність між психічними ресурсами та вимогами, які ставить ця система.

Соціальна нерівність – один із чинників соціального стресу, який переживають насамперед найменш забезпечені верстви населення. На сьогодні хронічний стрес визнали значущим механізмом, що формує несприятливий медико-психологічний прогноз в осіб із низьким соціально-економічним статусом [7]. Низький рівень освіти й достатку, відсутність професійної зайнятості пов'язані з підвищеними стресовими навантаженнями, які визначають особливості взаємодії з середовищем: незахищеність особистого простору, несприятливі екологічні умови, праця в складних умовах, дискримінація, почуття безправності, неповноцінності та приниженості, що з'являється під час актуалізації соціальної нерівності та ін. У ситуації недостатньої захищеності хронічний стрес негативно відбивається на стані професійного здоров'я фахівця економічної сфери, впливаючи на нейроендокринну регуляцію організму й актуалізуючи патогенні поведінкові стереотипи [14].

Обмежені соціальні можливості у фахівців економічної сфери з низьким соціально-економічним статусом визначають високий рівень соціальної фрустрації, яку розглядають як міру порушення особистісно-середовищної взаємодії внаслідок блокування індивідуально значущих соціальних потреб [4]. Соціальна фрустрація, що виникає внаслідок психотравмувальної дії соціальної незахищеності, особливо у фахівців економічної сфери з недостатнім адаптаційно-компенсаторних потенціалом, створює передуд-

мови для хронічного стресу, порушення емоційного реагування й вегетативно-вісцеральної регуляції з подальшим розвитком передхворобливих і хворобливих станів [16].

Накопичення соціальної фрустрації у фахівців економічної сфери сприяє формуванню ворожого соціального середовища, яке негативно впливає на свідомість і самосвідомість. Ранній досвід життя в несприятливих соціальних умовах, засвоєння певних когнітивних і поведінкових стереотипів стають перешкодою для подолання соціально-економічних бар'єрів і використання можливостей для саморозвитку й досягнення високих результатів фахівцям економічної сфери.

Відповідно до сучасних досліджень психологічні механізми соціальних умов певним чином впливають на формування сфери професійного здоров'я фахівців економічної сфери. Наприклад, фахівці з високим соціально-економічним статусом мають вищі середні показники рівня суб'єктивного контролю, самооцінки, соціальної підтримки й нижчі середні показники песимізму, а також загального дистресу. Зазначені характеристики – відомі кореляти соматичного статусу, а тому їх можна розглядати як проміжні елементи у взаємозв'язку «соціальний статус – стан здоров'я». С. Тейлор і Т. Сіман [13; 15] відзначають, що в процесі соціогенезу в умовах, характерних для різних рівнів соціально-економічної ієрархії, відбувається закріплення специфічних стилів реагування як своєрідних адаптаційних утворень.

На думку зазначених авторів, здобуваючи певний досвід у зв'язку зі специфікою соціальних обставин, фахівець виробляє стиль саморегуляції і навичок для подолання соціо-специфічного стресу, для якого характерний недолік ресурсів, а також високий стресогенний потенціал, тоді як середовищу, що відповідає високому соціально-економічному рівню, притаманна слабка стресогенність і різноманітність ресурсів.

Високий ресурсний і низький стресогенний потенціал середовища створює передумови для розвитку й закріплення навичок саморегуляції, пов'язаних із цілепокладанням, плануванням, орієнтованістю на майбутнє тощо. Умови існування за низького соціально-економічного статусу сприяють формуванню й фіксуванню протилежного стилю реагування, що має постійну пильність, орієнтованість на зовнішні події, а не внутрішні потреби й прагнення, емоційну насиченість реакцій, звуження життєвої перспективи й обмеження почуття свободи вибору, переважання простого короткострокового цілепокладання. Фактично, як уважають С. Тайлор і Т. Сімен, за несприятливих соціальних умов, що вирізняються великою примусовою силою і низькою прогнозованістю, з'являються передумови для формування екстернального локусу контролю, низької самооцінки, песимістичності, тривоги перед майбутнім і компенсаторною ворожістю, а також обмеження перспективи планування.

Залежність між цими особливостями світосприйняття та низьким соціально-економічним статусом продемонстровано в низці досліджень. Наприклад, провівши масове опитування жителів великого міста В. Браун і Н. Русінова [2] встановили, що респонденти з більш високим рівнем освіти значно вище оцінюють особисту відповідальність за стан свого здоров'я, частіше вбачають зв'язок між своєю поведінкою (наприклад, курінням) і соматичними відхиленнями. Особи з низьким рівнем освіти, навпаки, більш схильні вважати, що проблеми зі здоров'ям не залежать від обставин, і нерідко сприймають «шкідливі звички» як щось обумовлене зовнішніми чинниками, а не особистим вибором.

Зв'язок рівня суб'єктивного контролю із соціально-економічним статусом і станом здоров'я / смертністю підтверджено низкою емпіричних досліджень [8]. Аналогічні дані отримано щодо песимізму й ворожості: в осіб із низьким соціально-економічним статусом більш виражені песимістичні й ворожі тенденції, які, своєю чергою, – значущий чинник захворюваності та смертності [5].

Варто також зауважити, що зазначені вище характеристики нерідко поєднуються з традиційними чинниками ризику несприятливих гігієнічних результатів – курінням, зловживанням алкоголем і іншими психоактивними речовинами, «нездоровим» харчуванням (що обумовлює надмірність маси тіла й метаболічні відхилення), низьким рівнем фізичної активності тощо.

Іншими словами, соматичні, психічні та соціальні чинники порушень фізичного та психічного здоров'я, а також соціальних негараздів, як правило, тісно пов'язані один з одним, утворюючи своєрідне «порочне коло», що утримує своїх «заручників» у зоні ризику психічних і соматичних захворювань, а також низької якості життя. Результатом хронічного стресу й нестачі ресурсів для його подолання є висока психічна й соматична захворюваність. У цій ситуації набуває значення впевненість фахівця в можливості здобути підтримку з боку мікросоціального оточення, впевненість порятунку від відчуття самотності й безпорадності перед повсякденними труднощами.

Сьогодні соціальну підтримку вважають одним із найбільш значущих зовнішніх ресурсів для подолання стресу, зокрема стресу хвороби. Єдиного визначення та єдиного підходу до оцінки соціальної підтримки немає. С. Кобб [9], один із піонерів дослідження соціальної підтримки, визначає її як «інформацію, що вселяє в індивіда впевненість у тому, що він небайдужий, що його цінують, люблять, а також що він залучений у систему комунікації та взаємних зобов'язань». Ця інформація народжується і сприймається в процесі соціальної взаємодії, передовсім у міжособистісних стосунках.

Соціальну підтримку можна аналізувати на різних рівнях залежно від дистанції між індивідом і агентом підтримки: від найбільш близьких відносин до відносин із сусідами, колегами, представниками органів соціального забезпечення й інших зацікавлених осіб. Існують два основні підходи до дослідження соціальної підтримки: структурний, функційний. За структурного підходу досліджують особливості соціальної мережі і взаємозв'язків фахівця із соціальним оточенням. Ключові поняття в цьому підході – поняття соціальної мережі й соціальної інтеграції. Під соціальною мережею розуміють систему взаємозв'язків усередині того чи того соціального комплексу, де «вузли» – суб'єкти взаємозв'язку, а з'єднання – відносини між ними. Під соціальною інтеграцією розуміють ступінь залученості в соціальну систему, вимірювану кількістю контактів, частотою взаємодії тощо. Протилежністю соціальної інтеграції є соціальна ізоляція.

Незважаючи на відносну механістичність структурного підходу, здебільшого в дослідженнях навіть найбільш прості характеристики соціальної мережі слугують значущими предикторами соматичних і психосоціальних гараздів / негараздів. На патогенну рівні на роль соціальної ізоляції, її пов'язаність із підвищеною смертністю й захворюваністю (соматичною і психічною) вказує низка широкомасштабних проспективних досліджень [19].

Проживання в самоті визнають надзвичайно несприятливою обставиною, особливо в літньому віці. Як приклад можуть слугувати результати дослідження Дж. Кулік, Г. Маглер [17], які засвідчили, що частота візитів близьких до хворих, які перенесли аорто-коронарне шунтування, пов'язана з часом, потрібним на післяопераційне відновлення незалежно від інших відомих обставин: що частіше близькі відвідують пацієнта, то швидше його виписують у зв'язку з поліпшенням стану.

Конкретні механізми, що визначають ефект соціальної ізоляції і різних характеристик соціальної мережі, вивчено недостатньо, хоча і зрозумілі на інтуїтивному рівні. Існують три основні гіпотези, що описують механізми впливу соціальної ізоляції на медичний прогноз [10]. Соціальна ізоляція безпосередньо підвищує рівень тривоги, призводить до її хронізації, а отже, і хронізації фізіологічної (нейроендокринної) активації, що негативно впливає на соматичний стан. Наявність соціальних зв'язків позитивно позначається на стані здоров'я завдяки соціальному контролю поведінки фахівця – заохоченню поведінки, що сприяє збереженню здоров'я, й осуду поведінки, що його погіршує.

Соціальні зв'язки й розгалуженість соціальної мережі визначають більшу доступність матеріальних і нематеріальних ресурсів, що забезпечують оптимальний стан здоров'я. Водночас, дослідники здебільшого вважають, що ступінь соціальної підтримки має не так кількісні, як якісні характеристики соціальної взаємодії. Ефект розгалуженості соціальної мережі й кількості соціальних контактів обумовлений переважно підтримкою, наданою фахівцям.

Ця позиція лежить в основі функційного підходу до проблеми соціальної підтримки. Згідно з ним, соціальна підтримка – це функція, реалізовувана у взаємодії фахівця економічної сфери із соціальним оточенням. Іншими словами, ідеться про те, які потреби і якою мірою задовольняє людина під час соціальної взаємодії. Загалом виокремлюють три основні функції соціальної підтримки: інформаційну, емоційну й інструментальну (дієву).

Більшість дослідників визнає позитивну роль соціальної підтримки щодо збереження фізичного та психічного здоров'я людини [10]. Установлено позитивний вплив соціальної підтримки на прихильність до лікування під час багатьох захворювань [12], причому особливої уваги в цьому плані заслуговує компонент соціальної підтримки, пов'язаний зі стимулюванням зміни способу життя. Підкреслено, що соціальне оточення має не лише підтримувати фахівця в подоланні стресу, хвороби, а й створювати умови, які сприяли б формуванню і закріпленню стереотипів поведінки, що визначають сприятливий прогноз.

Існують дві основні моделі, що характеризують механізми дії соціальної підтримки: модель безпосереднього ефекту, відповідно до якої соціальна підтримка безпосередньо впливає на психічне функціонування фахівця економічної сфери, і модель опосередкованого ефекту, згідно з якою дія соціальної підтримки має непрямий характер, пов'язаний із модуляцією інших чинників психічного функціонування.

Ці моделі, мабуть, не заперечують одна одного. Залежно від особливостей ситуації і задіяного компонента соціальної підтримки вона може бути і як безпосередній детермінант психічного стану фахівця, і як, наприклад, «буфер», що має пом'якшувальний вплив тих чи тих стресорів [3]. Указані моделі припускають зв'язок високого рівня соціальної підтримки зі сприятливим розвитком подій і низького рівня підтримки – з несприятливим. Однак бачити лише позитивний бік структурних і функційних характеристик соціальної підтримки було б, імовірно, спрощенням.

Насамперед ідеться про структурний аспект. Соціальні зв'язки – це потенційне джерело не лише турботи й участі, а й конфліктів, високих вимог, зокрема вимоги надання соціальної підтримки. Глибокі міжособистісні стосунки накладають на фахівця серйозні зобов'язання й передбачають емоційне співпереживання, високу сприйнятливості до проблем і засмучення іншим. Міжособистісні, передовсім сімейні, конфлікти, а також часті епізоди негативно забарвленої взаємодії пов'язані з підвищеним стресовим навантаженням, що обумовлює високий ризик порушень психічної адаптації.

В умовах тісного соціального контакту висока ймовірність як підтримки, так і фрустрації, водночас один і той самий фахівець може бути джерелом як позитивних, так і негативних переживань. Поряд із підбадьоренням і співчуттям фахівець може стикатися з критичними зауваженнями, які стосуються його стану або фізичних обмежень, спонуканнями до більшої самостійності, надмірно песимістичними або оптимістичними оцінками свого стану, «марними» пропозиціями, звинуваченнями в перебільшенні своїх страждань тощо.

Останнім часом дослідники звертають усе більшу увагу саме на негативний аспект соціальних відносин, так звану «проблематичну соціальну підтримку» [18], під якою розуміють дії, що їх реципієнт розглядає як непідтримувальні, незважаючи на прагнення надати допомогу тому, хто їх учиняє. Фактично це соціальна взаємодія, описувана відомою фразою про «благі наміри». Проблематичність соціальної підтримки може бути пов'язана з невідповідністю між очікуваннями реципієнта й поведінкою агента підтримки як у кількісному, так і в якісному плані. Перевищення соціальної підтримки суб'єктивно оптимального рівня часто не лише не сприяє адаптації до хвороби, а й перешкоджає їй [20]. У разі несприятливого розвитку подій наполегливі спроби близьких «полегшити» життя хворого можуть мати наслідки для самооцінки останнього, його мотивації до одужання (відновлення), здатності подолати стрес.

З вищесказаного випливає, що соціальна підтримка – складний феномен, що з'являється під час взаємодії суб'єктів (агента і реципієнта), має кількісні та якісні характеристики, співвідношення яких визначає задоволеність або незадоволеність реципієнта залежно від його індивідуальних потреб і очікувань. Крім того, варто враховувати, що, незважаючи на свою роль, реципієнт підтримки – активний учасник соціальної взаємодії, а тому від його поведінки й емоційно-особистісних особливостей значною мірою залежить рівень і якість підтримки [11].

Отже, вплив соціальних умов на формування здоров'я фахівця економічної сфери можна аналізувати лише в контексті взаємодії, тобто, враховуючи здатність особистості активно творити соціальне середовище відповідно до індивідуальних потреб і цінностей, а з іншого боку, зважаючи на соціально-культурну опосередкованість формування особистості, її базові установки й патерни поведінки, зокрема у випадку професійного здоров'я. Розуміння механізмів подібного взаємовпливу – це необхідна умова забезпечення ефективності будь-яких програм зміцнення здоров'я.

Уважаємо, що психосоціальний супровід професійного здоров'я фахівців економічної сфери бажано здійснювати в таких аспектах: створення банку соціально-психологічних, діагностичних методик виявлення різних видів обдарованості фахівців; організації теоретичної та методичної підготовки фахівців економічної сфери для реалізації програми соціально-психологічного, психофізіологічного супроводу; створення психофізіологічного діагностичного комплексу моніторингу критеріїв соціального здоров'я в аспектах значущості для психічного, психологічного та соціального здоров'я фахівців економічної сфери; обґрунтування режимів робочого часу, витраченого на вивчення інваріативного і варіативного компонента з урахуванням вікових, статевих, індивідуальних особливостей фахівців економічної сфери; створення моделі координації спільної діяльності психологічних компетентнісних центрів на підприємстві.

Загалом, виявлені психофізіологічні особливості фахівців економічної сфери засвідчили потребу не тільки забезпечувати психосоціальний супровід формування професійного здоров'я, а й реалізувати та самоактуалізувати їхні можливості в діяльності, творчому і професійному довголітті.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, вплив соціальних аспектів на формування здоров'я фахівця економічної сфери можна аналізувати лише в контексті взаємодії, тобто, враховуючи здатність фахівця активно творити соціальне середовище відповідно до індивідуальних потреб і цінностей, а з іншого боку, зважаючи на соціально-культурну опосередкованість формування особистості, її базові установки й патерни поведінки, зокрема у випадку професійного здоров'я. Розуміння механізмів подібного взаємовпливу – це необхідна умова забезпечення ефективності будь-яких програм зміцнення професійного здоров'я фахівців економічної сфери та передумова подальших досліджень у цій галузі.

### Література

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. Москва: Медицина, 2000. 496 с.
2. Браун В. Дж., Русина Н. Л. Социальные неравенства и здоровье. *Журнал социологии и социальной антропологии*. 1999. Т. 2. № 1. С. 50–71.
3. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 252 с.
4. 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. 112 с.
5. Ениколопов С. Н., Садовская А. В. Враждебность и проблема здоровья человека. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2000. № 7. С. 59–64.
6. Тапилина В. С. Социально-экономический статус и здоровье населения. *Социологические исследования*. 2004. №3. С. 126–137.

7. 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.
8. Bosma H., 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.
9. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 1976. Vol. 38. P. 300–314.
10. 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.
11. Eckenrode J. The mobilization of social supports: some individual constraints. *Am J Community Psychol*. 1983. Vol. 11 (5). P. 509–528.
12. 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.
13. Handbook of adult development / edited by Jack Demick, Carrie Andreoletti. New York, 2003.
14. 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.
15. Hoare C. H. Erickson on development in adulthood. New Insights from the Unpublished Papers. Oxford University Press, 2002.
16. Koivumaa-Honkanen H. and etc. Selfreported Life Satisfaction and 20-Year Mortality in Healthy Finnish Adults. *American Journal of Epidemiology*. 2000. Vol. 152. № 10. P. 983–991.
17. Kulik J. A., Mahler H. I. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol*. 1989. Vol. 8. P. 221–238.
18. Revenson T. A. and etc. 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.
19. Seeman T. E. and etc. 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.
20. 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.