УДК 316.624

СОЦИАЛЬНЫЙ КАПИТАЛ, МЕЖЛИЧНОСТНОЕ ОТЧУЖДЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА¹

Е.О. Смолева (<https://orcid.org/0000-0002-6452-1441>)

*Вологодский научный центр Российской академии наук, Вологда, Россия,
e-mail: riolenas@rambler.ru*

Представлены результаты исследования влияния социального капитала на состояние психического здоровья населения региона. Социальный капитал рассматривается через показатели межличностного взаимодействия и вхождения в социальные сети. Эмпирическое исследование проводилось с помощью социологического опроса населения Вологодской области с использованием модели многоступенчатой районированной выборки с квотным отбором единиц наблюдения. При помощи факторного анализа выявлено пять латентных переменных, характеризующих включенность в социальные сети населения региона, выявлены варианты структуры социальных сетей. С помощью кластерного анализа на основе выделенных латентных переменных жители области разделились на три группы, которые различаются и по субъективным оценкам здоровья. Определено, что межличностное отчуждение в виде малоактивного общения и отсутствие социальной поддержки связано с более частными проявлениями негативных психических состояний в виде тревоги, депрессии, невроза.

Ключевые слова: *социальный капитал, социальные сети, здоровье, психическое здоровье, население региона, межличностное отчуждение.*

SOCIAL CAPITAL, INTERPERSONAL ALIENATION AND MENTAL HEALTH OF REGION'S POPULATION

E.O. Smoleva

*Vologda research center of Russian academy of sciences, Vologda, Russia,
e-mail: riolenas@rambler.ru*

The article presents a study of the impact of social capital on the mental health of the region's population. The author considers social capital through indicators of interpersonal interaction and entry into social networks. The empirical base was the data of a sociological survey of the population of the Vologda Oblast. The methods

¹ Статья подготовлена в рамках выполнения гранта РФФИ № 18-013-01077 «Разработка методологического подхода к оценке социального здоровья трансформирующегося общества».

of comparison, generalization, factorial and cluster analysis were used. The study revealed two options for the structure of social networks. In the first version, residents of the region communicate closely with their relatives and friends — almost every day. The second option corresponds to the structure of social networks, characterized by low communication activity — once a month or less. The method of factor analysis identified 5 latent variables characterizing the inclusion in the social networks of the region's population. This is the «far circle of social support», «the inner circle of support», the psychological basis for entering social networks; activation of social networks; exclusion.

Based on the latent variables identified, residents of the region were divided into three groups. These groups also differ in subjective assessments of health. It was determined that interpersonal alienation in the form of inactive communication and the lack of social support are associated with more frequent manifestations of negative mental states in the form of anxiety, depression, neurosis.

Keywords: *social capital, social networks, health, mental health, the population of the region, interpersonal exclusion.*

DOI 10.14258/ssi(2019)3-6302

Введение

Увеличение продолжительности жизни, которое является одновременно и реальностью нашего времени, и задачей развития социального государства, ставит вопрос о качестве этой жизни. И в первую очередь — о здоровье человека: физическом, психическом, социальном. Все три вида здоровья взаимосвязаны. Активное общение, вхождение в социальные сети, осознание наличия при необходимости социальной поддержки позитивно сказывается на психическом самочувствии и физическом состоянии. Напротив, отчуждение, отсутствие социального капитала, необходимость в одиночку справляться с жизненными трудностями приводит к ухудшению психического состояния, проявлениям невроза, депрессии и других симптомов расстройств поведения, что негативно влияет на физическое здоровье.

Влияние на здоровье социального капитала показано в многочисленных зарубежных (Коулман, 2001; Social Capital and Health, 2007; Yap & al, 2019) и отечественных исследованиях (Русинова, Панова, Сафронов, 2010; Нилов, 2011). Установлено, что стратификация населения по статусу здоровья связана с обладанием социальным капиталом (Rojas, Carlson, 2006; Русинова, Сафронов, 2017). В России социальный капитал оказывает влияние на здоровье как самостоятельно, так и в сочетании с другими социально-структурными факторами, например человеческим капиталом (Rose, 2000). Однако на региональном уровне подобные исследования проводятся не часто. В качестве примера можно привести работу, посвященную вопросам влияния социального капитала на уровни смертности в различных регионах страны в 1990-е гг. (Kennedy, Kawachi, Brainerd, 1998).

Цель нашего исследования — изучение связей межличностного взаимодействия/отчуждения, вхождения в социальные сети на психическое здоровье насе-

ления региона. В его задачи входило проведение теоретико-методологического анализа концепций социального капитала и вхождения в социальные сети и их воздействия на здоровье индивида; анализа эмпирических данных, полученных ранее и представленных в зарубежных и отечественных работах; проведение социологического опроса и обработка его результатов с целью выявления связей между межличностным взаимодействием, вхождением в социальные сети и показателями здоровья. В качестве площадки для эмпирического исследования выбрана Вологодская область. Репрезентативность получаемой социологической информации обеспечивается использованием модели многоступенчатой районированной выборки с квотным отбором единиц наблюдения. На первом этапе выделены типичные экономические районы в составе Вологодской области; на следующей ступени выборочная совокупность была разделена с соблюдением квот для городской и сельской местности в каждом из опрашиваемых районов. Далее выборочная совокупность разбивается в соответствии с квотами по половозрастному составу населения. Ошибка выборки не превышает 3%. Метод измерения: анкетирование по месту жительства респондентов. Объем выборочной совокупности: 1500 человек в возрасте от 18 лет и старше. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS.

Социальный капитал и социальные сети. Обзор исследований

Концепции социального капитала различаются содержательно. В одних это понятие рассматривается через вхождение в формальные и неформальные сети, межличностное общение, ожидаемую и реальную социальную поддержку, дополненные соответствующим уровнем доверия (Putnam, 2001; Русинова, Сафронов, 2017; Гужавина, 2018). Другие теории подходят к этому явлению как именно к капиталу и вносят в понятие смысл получения финансовой выгоды, используя силу и возможности социальных сетей (Радаев, 2003; Тихонова, 2004). Рассмотрев все точки зрения, мы в своей работе остановились на изучении влияния именно межличностного общения/отчуждения и вхождения в социальные сети на психологическое здоровье индивида как индикаторов социального капитала.

Лиза Беркман представила развернутую концептуальную модель влияния социальных сетей на здоровье индивидов (Berkman, 2010; см. рис. 1). По ее мнению, условия жизни общества, а именно, культурные, социально-экономические, социально-географические, наличие масштабных социальных трансформаций в виде войн, экономической депрессии, урбанизации и т.д. обуславливают качество социальных сетей. В свою очередь, социальные сети характеризуются размером, плотностью, наличием организационной структуры, показателями общения (взаимность, близость), а также социальным рейтингом. В зависимости от структуры и характера активации сети, включающего частоту личного общения и не визуальных контактов, продолжительность и интенсивность общения, индивидам предоставляются различные возможности для реализации социальной поддержки, доступа к ресурсам и материальным благам, а также оказываются воздействия на механизмы их поведения, в том числе в отношении собственного здоровья.

Зарубежные эмпирические исследования подтверждают концепцию Лизы Беркман (Barger, 2013), в том числе по влиянию на здоровье такого механизма,

как воспринимаемая социальная поддержка, особенно эмоциональная поддержка (Cohen, 2004; Holt-Lunstad et al., 2010). Сделан даже вывод о том, что влияние социальных отношений на риск смертности сопоставимо с влиянием курения и употребления алкоголя (Holt-Lunstad et al., 2010). Исследователи также разработали модели поведенческих и биологических механизмов, связывающих социальные отношения со здоровьем (Robles et al., 2014).

Рисунок 1— Концептуальная модель влияния социальных сетей на здоровье (Berkman, 2010)

Многочисленные исследования влияния на здоровье человека его связей с другими людьми приводят к следующим результатам:

1. Межличностное взаимодействие способствует сохранению здоровья путем выбора аттитудов здорового поведения (Umberson, Crosnoe, & Reczek, 2010). Влияние структуры социальных сетей на формирование здорового поведения (следовательно, результаты здоровья) согласуется с данными, показывающими воздействие на выбор поведения здоровья или риска практик близких социальных партнеров. Члены социальных сетей часто играют ключевую роль в содействии здоровому поведению и приверженности лечению. Эти результаты подчеркивают значимость связи с конкретными социальными партнерами по внедрению и поддержанию здоровья. Однако полученные эмпирические данные противоречивы. С одной стороны, выявлены связи между позитивными социальными взаимодей-

ствиями, которые включали совместную физическую активность, физическим здоровьем и психологическим благополучием (Chang et al., 2014).

2. Сокращение социальных сетей в пожилом возрасте увеличивает риски для здоровья. Расширение сети друзей в среднем и позднем возрасте может защитить от проблем со здоровьем, вызванных старением. Есть данные, что наличие близкого друга буферизует влияние вдовства на здоровье в течение 12-летнего периода (Bookwala, Marshall & Manning, 2014).

Исследования влияния социального капитала на здоровье, проводимые на постсоветском пространстве, часто связаны с фактором доверия, отношений в семье (Кислицына, Ферландер, 2008).

Результаты исследования

Населению региона присущи два варианта структуры социальных сетей. В первом варианте жители области тесно общаются со своими родственниками и друзьями — практически каждый день. Второй вариант соответствует структуре социальных сетей, характеризующейся малой активностью общения — один раз в месяц и реже. Практически четверть (чуть больше, 28%) встречаются раз в месяц и реже, каждый пятый респондент (21%) — два-три раза в месяц. Остальные респонденты распределились следующим образом: у 12% встречи происходят еженедельно, 19% — несколько раз в неделю и у 18% — ежедневно.

При этом часто испытывают чувство одиночества 7% респондентов, иногда — 25% (см. таблицу 1). Можно предположить, что низкая частота личного общения и визуальных контактов не вызывает напрямую чувства одиночества у жителей области.

Таблица 1

Характеристики личного общения населения региона, процент от опрошенных

Вариант ответа	Население области	Счастливы Вы или нет?		Наличие признаков тревоги, депрессии, невроза	
		да	нет	нет	есть
Как часто Вы проводите время с друзьями, родственниками (количество раз в неделю)?					
Никогда	2	1	4	1	3
Реже, чем раз в месяц	14	12	24	11	20
Один раз в месяц	12	13	11	12	12
Несколько раз в месяц, но не каждую неделю	18	19	15	20	16
Один раз в неделю	11	11	13	11	11
Несколько раз в неделю, но не каждый день	19	20	14	20	18
Каждый день	16	19	6	20	10

Вариант ответа	Население области	Счастливы Вы или нет?		Наличие признаков тревоги, депрессии, невроза	
		да	нет	нет	есть
Затрудняюсь ответить	8	5	14	6	10
Испытываете ли Вы чувство одиночества?					
Да, часто	7	4	16	5	8
Да, иногда	25	22	39	18	36
Очень редко	30	32	24	29	33
Никогда	33	38	14	44	16
Затрудняюсь ответить	5	4	7	4	7

Население региона пользуется социальной поддержкой ближнего круга лиц (рисунок 2). Половина жителей всегда прибегает к помощи семьи, четверть (27%) — к помощи дальних родственников и каждый шестой (17%) — друзей. Достаточно часто обращаются к помощи перечисленных категорий 30, 41 и 37% респондентов соответственно. Второй круг по частоте обращения за поддержкой составляют соседи и коллеги по работе. К соседям по дому при необходимости обращаются в среднем 20% респондентов, к коллегам по работе — 17%. Очень редко встречаются жители, которые просят о помощи малознакомых людей на улице или в интернет-сообществах, — не более 6%. Таким образом, для населения региона работают сильные сети, а возможностями слабых сетей они не пользуются. Аналогичные результаты были получены в исследовании Социологического института РАН относительно интеграции в социальные сети жителей Санкт-Петербурга: они тоже ограничиваются неформальным кругом родственников, друзей и коллег (Русинова, Панова, Сафонов, 2010: 91).

Среди тех, кто общается с близкими людьми и друзьями каждый день, чаще встречаются люди, ощущающие себя счастливыми, и реже те, кто отмечает у себя наличие признаков расстройства поведения. Напротив, среди тех, кто совсем редко видится с близкими людьми — раз в месяц и реже, чаще выявляются лица с наличием симптомов депрессии, невроза, тревоги и также те, кто не чувствует себя счастливым человеком (таблица 1).

При помощи факторного анализа нами выявлено пять латентных переменных, характеризующих включенность в социальные сети (дисперсия 67%; таблица 2). Первая переменная объединяет «дальний круг социальной поддержки», в который входят представители различных категорий: от соседей по дому, членов рабочего коллектива до прохожих и членов различных организаций, представителей интернет-сообщества. Вторая переменная отвечает за «ближний круг поддержки»: члены семьи, родственники и друзья, к которым можно обратиться в проблемных ситуациях. За психологические основы вхождения в социальные сети отвечает третья латентная переменная. В нее включены показатели доверия и хорошего отношения

со стороны других людей, ощущение своей ценности для окружающих. Четвертая переменная характеризует процессы активации социальных сетей: частоту и интенсивность личного общения. В пятой переменной соединяется переживание одиночества и отсутствия социальной поддержки, когда человеку не к кому обратиться за помощью при возникновении проблемной ситуации. В целом она может характеризовать такие состояния, как социальная эксклюзия или межличностное отчуждение.

Рисунок 2 — Субъективные оценки социальной поддержки населения региона, процент от опрашиваемых (оценивались по ответам на вопрос: «К кому Вы можете обратиться при возникновении проблемной жизненной ситуации?»)

Таблица 2

Латентные переменные, характеризующие социальные сети населения региона, выявленные с помощью факторного анализа

Наименование переменной	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Поддержка членов организации, в которой состоят	,850				
Поддержка прохожих на улице	,840				
Поддержка единоверцев	,834				

Наименование переменной	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4	Фактор 5
Поддержка подчиненных	,830				
Поддержка людей, находящихся рядом в общественных местах	,826				
Поддержка представителями интернет-сообщества, в котором состоят	,819				
Поддержка земляков	,791				
Поддержка руководителя	,746				
Поддержка коллег по работе	,733				
Поддержка соседей по дому/подъезду	,613				
Поддержка членов семьи		,823			
Поддержка родственников		,855			
Поддержка друзей		,705			
Доверие			,641		
Ценят близкие люди			,636		
Общение с людьми в течение дня				,767	
Встречи с друзьями, родственниками, коллегами				,683	
Наличие социальной поддержки					-,867
Одиночество					,507

Таблица 3

Классификация населения Вологодской области по вхождению в социальные сети

	Кластер 1	Кластер 2	Кластер 3
Фактор 1 «Дальний круг социальной поддержки»	,32489	-,41388	,06022
Фактор 2 «Ближний круг социальной поддержки»	-,05481	-,63358	,97519
Фактор 3 «Психологические основы вхождения в социальные сети»	-,01195	-,35816	,52083
Фактор 4 «Активация социальных сетей»	,89337	-,51038	-,71368
Фактор 5 «Эксклюзия»	,02388	-,17509	,20709
Число наблюдений в каждом кластере	379	332	237

По результатам кластерного анализа на основе выделенных латентных переменных население региона разделилось на три группы (таблица 3). В первую группу (379 чел., или 40%) вошли респонденты, обладающие показателями интенсивности личного общения выше среднего значения и выстраивающие социальные сети

дальнего круга: на работе, в различных реальных и виртуальных сообществах. Вторая группа (332 чел., или 35%) отличается наиболее негативными характеристиками в разрезе социального капитала: слабые социальные сети, ограничение круга лиц, которым доверяют, и редкие личные контакты. Относительно данной группы мы можем говорить о проявлениях межличностного отчуждения. В третью группу входит каждый четвертый респондент (237 чел., или 25%). Они могут обратиться за помощью к своему ближайшему окружению, выстраивают доверительные отношения с близкими людьми, однако в силу каких-то причин интенсивность личного общения невысока.

Рассмотрим наполненность кластеров по демографическим показателям пола и возраста (таблица 4). Более половины молодых мужчин и женщин распределяются в первый кластер (52% у мужчин и 54% у женщин). Чуть ниже показатели по первому кластеру для среднего возраста, но также достаточно высокие: 43% у мужчин и 49% у женщин. Респонденты пожилого возраста чаще относятся ко второму кластеру (45% среди мужчин и женщин) или к третьему (42% у мужчин и 30% у женщин).

Таблица 4

Половозрастные характеристики кластеров населения Вологодской области, выделенных по показателям вхождения в социальные сети

	Номер кластера наблюдения			Всего, чел.
	1	2	3	
Мужчины до 30 лет	48	37	8	93
Мужчины от 30 до 60 лет	105	73	68	246
Мужчины старше 60 лет	10	35	32	77
Женщины до 30 лет	49	24	18	91
Женщины от 30 до 55 лет	114	71	48	233
Женщины старше 55 лет	53	92	63	208
Всего	379	332	237	948

Выделенные нами кластеры различаются по субъективным оценкам здоровья (рисунок 3). Половина представителей первого кластера считает, что у них хорошее и очень хорошее здоровье. Во втором кластере подобного мнения придерживается 42%, а в третьем — 28% респондентов. Также среди представителей первого кластера в два раза меньше лиц, которые убеждены, что имеют плохое здоровье (7% против 13 и 14% во втором и третьем кластере).

Группы также различаются по субъективным оценкам психического здоровья (рисунок 3). Представители первого кластера, характеризующиеся активностью в межличностном взаимодействии и построении социальных сетей, реже других отмечают наличие у себя проявлений расстройств поведения (26% респондентов),

в том числе признаки невроза наблюдаются у 7%, тревоги — 16% и депрессии — 18% респондентов. Представители второго и третьего кластера значительно чаще отмечают у себя симптомы расстройств поведения (40 и 43% респондентов соответственно). В два раза чаще, чем представители первого кластера, они отмечают проявления невроза и тревоги.

Также среди представителей первого кластера больше тех, кто ощущает себя счастливым, по сравнению со вторым и третьим кластером (82% против 74 и 73% соответственно).

Рисунок 3 — Субъективные оценки здоровья населения Вологодской области, процент от опрошенных (Источник: социологический опрос ВолНИЦ РАН, 2018 г.)

Интенсивность реального общения населения региона с друзьями и родственниками невелика (рисунок 4). Максимально часто хорошие оценки своему здоровью дают те (62% респондентов), кто встречается с друзьями и родственниками еженедельно (средний балл 2,62 при максимальном балле, равном 4). Чаще жалуются на плохое и очень плохое здоровье люди с низкой активностью социальных сетей (средний балл 2,28). С увеличением социального взаимодействия субъективные оценки здоровья улучшаются. Так, среди респондентов, ежедневно общающихся с родственниками и друзьями, практически половина (48%) отмечают хорошее здоровье. Из полученных данных можно сделать вывод, что психологически наиболее

комфортно для жителей области встречаться с друзьями и родственниками раз в неделю.

Рисунок 4 — Распределение населения региона по частоте общения с родственниками, друзьями и субъективным оценкам здоровья
(Источник: социологический опрос ВолНИЦ РАН, 2018 г.)

Нас также интересовали связи субъективных оценок здоровья, психического самочувствия с переживанием чувства одиночества и таким психологическим основанием для построения социальных сетей, как доверие. Мы обнаружили интересный факт: среди тех, кто часто бывает одинок, достаточно много лиц, отмечающих хорошее здоровье, что можно объяснить интровертностью. Но и число тех, кто определяет свое здоровье как плохое, в этой группе значительно выше по сравнению с менее одинокими людьми. В других подгруппах мы наблюдаем вполне прогнозируемую картину: с уменьшением переживания одиночества субъективные оценки здоровья улучшаются.

Второй интересный факт касается уровня доверия. С расширением круга доверия субъективные оценки здоровья улучшаются. Так, считают свое здоровье плохим и очень плохим 15% никому не доверяющих людей по сравнению с 8% респондентов, доверяющих большинству знакомых. А вот феномен безусловного доверия всем людям мало распространен в регионе (на уровне 3%), поэтому данные о субъективных оценках своего здоровья в этой группе мы только приняли к сведению для построения гипотез дальнейшего исследования. Но данные таковы, что среди безусловно доверяющих респондентов многие отмечают плохое здоровье.

Заключение

Итак, для населения региона работают сильные сети, а возможностями слабых сетей оно не пользуется. Но и в отношении общения с близкими людьми нами выделены два варианта структуры социальных сетей: более тесная и достаточно редкая. При этом второй вариант соответствует структуре социальных сетей, характеризующихся активностью общения один раз в месяц и реже.

По результатам исследования к латентным переменным, характеризующим включенность жителей области в социальные сети, относятся «дальний круг социальной поддержки», «ближний круг поддержки», «психологические основы вхождения в социальные сети», «показатели активации социальных сетей», «переживание одиночества и отсутствия социальной поддержки». С помощью кластерного анализа на основе латентных переменных население региона разделилось на три группы, которые различаются и по субъективным оценкам здоровья. Исследование подтвердило тот факт, что межличностное отчуждение в виде малоактивного общения и отсутствие социальной поддержки связано с более частными проявлениями негативных психических состояний в виде тревоги, депрессии, невроза. Эти результаты свидетельствуют о том, что для поддержания здоровья пожилых людей (а именно эта категория чаще других страдает от одиночества и отчуждения) необходима интеграция их в социальные сети. В целом для населения региона желательно активизировать использование возможностей слабых социальных сетей, что поможет решению жизненных проблем и положительно скажется на психическом состоянии.

В наши дальнейшие планы входит исследование влияния на здоровье населения социального капитала в комплексе с демографическими и социокультурными факторами, что даст более полную картину и поможет с выработкой рекомендаций по укреплению психического здоровья населения региона.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

Гужавина Т.А. Социальный капитал городского сообщества: доверие, солидарность, ответственность. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз, 2018, 11 (4), 252–268. doi: 10.15838/esc.2018.4.58.16.

Кислицына О.А., Ферландер С. Влияние социальной поддержки на здоровье москвичей. Социологические исследования, 2008, No. 4, 81–84.

Коулман Дж. Капитал социальный и человеческий. Общественные науки и современность, 2001, No. 3, 121–139.

Нилов В.М. Социальный капитал и здоровье: методологические проблемы исследований. Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. Социология, 2011, No. 1, 217–220.

Радаев В.В. Понятие капитала, формы капиталов и их конвертация. Общественные науки и современность, 2003, No. 2, 5–17.

Русинова Н.Л., Панова Л.В., Сафронов В.В. Здоровье и социальный капитал (Опыт исследования в Санкт-Петербурге). Социологические исследования, 2010, No. 1, 87–100.

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Персональные психологические ресурсы и социальные неравенства в здоровье: выраженность буферного эффекта в европейских странах. Демографическое обозрение, 2017, 4 (3), 59–87.

Тихонова Н.Е. Социальный капитал как фактор неравенства. Общественные науки и современность, 2004, No. 4, 24–35.

Barger S.D. Social integration, social support and mortality in the US National Health Interview Survey. Psychosomatic Medicine, 2013, 75, 510–517. doi:10.1097/PSY.0b013e318292ad99.

Berkman L.F. Social Networks and Health. Geneva: World Health Organization. Geneva, June 2-4, 2010. URL: https://www.who.int/healthinfo/15_Social_Networks_Berkman_ok.pdf

Bookwala J., Marshall, K. I., & Manning, S. W. Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. Health Psychology, 2014, 33, 505–515.

Chang P.-J., Wray L., & Lin Y. Social relationships, leisure activity, and health in older adults. Health Psychology, 2014, 33, 516–523.

Cohen S. Social relationships and health. American Psychologist, 2004, 59, 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676

Holt-Lunstad J., Smith T. B., & Layton J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Medicine, 2010, 7. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

Kawachi, I., Subramanian S.V., and Kim D. (Eds.) Social Capital and Health. New York: Springer. Publishing Company, 2007.

Kennedy B. P., Kawachi I., Brainerd E. The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis. World Development, 1998, 26 (11), 2029–2043.

Putnam R. D. Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community. New York. Touchstone Books by Simon & Schuster. 2001.

Robles T. F., Slatcher R. B., Trombello J. M., & McGinn M. M. Marital quality and health: A meta-analytic review. Psychological Bulletin, 2014, 140 (1), 140–187. doi:10.1037/a0031859.

Rose R. How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians. Social Science and Medicine, 2000, 51 (9), 1421–1435.

Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. Social relationships and health behavior across the life course. Annual Review of Sociology, 2010, 36, 139–157. doi:10.1146/annurev-soc-070308-120011.

Yap S.F. & al. (2019) Social capital and health risk: An integrative review. Australien marketing journal, 2019, 27 (1), 24–31. doi: 10.1016/j.ausmj.2018.10.012.

REFERENCES

Guzhavina, T.A. (2018). Social'nyj kapital gorodskogo soobshchestva: doverie, solidar-nost', ot-vetstvennost' [Social Capital of the Urban Community: Trust, Solidarity, Re-

sponsibility]. *Ekonomicheskie i social'nye peremeny: fakty, tendencii, prognoz* [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast], 2018, 11 (4), 252–268. doi: 10.15838/esc.2018.4.58.16.

Kislicyna, O.A., Ferlander, S. (2008). Vliyanie social'noj podderzhki na zdorov'e moskvi-chej [The impact of social support on the health of Muscovites]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], no 4, 81–84.

Coleman, J. (2001) Kapital social'nyj i chelovecheskij [Social and human capital]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost* [Social sciences and modernity], no 3, 121–139.

Nilov, V.M. (2011). Social'nyj kapital i zdorov'e: metodologicheskie problemy issledovaniy [Social Capital and Health: methodological problems of the research]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Ser. Sociologiya* [Vestnik of Saint-Petersburg University. Sociology], no 1, 217–220.

Radaev, V.V. (2003). Ponyatie kapitala, formy kapitalov i ih konvertaciya [The concept of capital, the form of capital and their conversion]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost* [Social sciences and modernity], no 2, 5–17.

Rusinova, N.L., Panova, L.V., Safronov, V.V. (2010). Zdorov'e i social'nyj kapital (Opyt issledovaniya v Sankt-Peterburge) [Health and social capital (Research experience in St. Petersburg)]. *Sociologicheskie issledovaniya* [Sociological Studies], no 1, 87–100.

Rusinova, N.L., Safronov, V.V. (2017). Personal'nye psihologicheskie resursy i social'nye neravenstva v zdorov'e: vyrazhennost' bufernogo effekta v evropejskikh stranah [Personal psychological resources and health inequalities: the strength of the buffer effect in European countries]. *Demograficheskoe obozrenie* [Demographic Review], 4 (3), 59–87.

Tihonova, N.E. (2004). Social'nyj kapital kak faktor neravenstva [Social capital as a factor of inequality]. *Obshchestvennye nauki i sovremennost* [Social sciences and modernity], no 4, 24–35.

Barger, S.D. (2013). Social integration, social support and mortality in the US National Health Interview Survey. *Psychosomatic Medicine*, no 75, 510–517. doi:10.1097/PSY.0b013e318292ad99.

Berkman, L.F. (2010). *Social Networks and Health*. Geneva: World Health Organization. Geneva, June 2–4, 2010. Available at: https://www.who.int/healthinfo/15_Social_Networks_Berkman_ok.pdf.

Bookwala, J., Marshall, K.I., & Manning, S.W. (2014). Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. *Health Psychology*, no 33, 505–515.

Chang, P.-J., Wray, L., & Lin, Y. (2014). Social relationships, leisure activity, and health in older adults. *Health Psychology*, no 33, 516–523.

Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, no 59, 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, no 7. doi:10.1371/journal.pmed.1000316

Kawachi, I., Subramanian S.V., and Kim D. (Eds.) (2007). *Social Capital and Health*. New York: Springer. Publishing Company. 2007.

Kennedy, B.P., Kawachi, I., Brainerd, E. (1998). The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis. *World Development*, vol. 26, no 11, 2029–2043.

Putnam, R.D. (2001). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Touchstone Books by Simon & Schuster.

Robles, T.F., Slatcher, R.B., Trombello, J.M., & McGinn, M.M. (2014). Marital quality and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, vol. 140, no 1, 140–187. doi:10.1037/a0031859.

Rose R. (2000). How Much Does Social Capital Add to Individual Health? A Survey Study of Russians. *Social Science and Medicine*, vol. 51, no 9, 1421–1435.

Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual Review of Sociology*, no 36, 139–157. doi:10.1146/annurev-soc-070308-120011.

Yap S.F. & al. (2019). Social capital and health risk: An integrative review. *Australien marketing journal*, vol. 27, no 1, 24–31. doi: 10.1016/j.ausmj.2018.10.012.