

НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ЛИЧНОСТИ В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

Нина Львовна Русинова (nrusinova@gmail.com),
Вячеслав Владимирович Сафронов (vsafonov@list.ru)

Социологический институт Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Санкт-Петербург, Россия

Цитирование: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2022) Неравенства в здоровье и психологические ресурсы личности в европейских странах. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 25(3): 150–186. <https://doi.org/10.31119/jssa.2022.25.3.7>

Аннотация. Рассматривается проблема зависимости состояния здоровья и его социального структурирования от психологических ресурсов личности и особенностей проявления этих зависимостей в макрообщественных контекстах. Анализ опросных данных Европейского социального исследования (ESS), относящихся к двум группам стран — со слабым и сильным социальным государством, осуществлялся с помощью регрессионного моделирования с непрямыми эффектами, позволяющего сопоставлять ряд параллельных медиаторов, а также выявлять модерацию медиаций общественным контекстом. Результаты подтверждают теоретические соображения о важной роли психологических ресурсов личности, включая автономию-контроль, оптимизм, высокую личностную самооценку, устойчивость и состоятельность, для здоровья, измеренного по шкале самооценок, — их дефицит негативно сказывается на его состоянии. Эти ресурсы вносят также определенный вклад в объяснение социально-структурных неравенств в здоровье, связанных с образованием, профессиональным положением и субъективным статусом. Они выступают в роли медиатора, связывая положение индивидов в социальной структуре с их самочувствием, поскольку психологические ресурсы неравномерно распределяются по социальной структуре, с дефицитом в нижних слоях, и имеют важное значение для здоровья. Показано, что медиативные психологические эффекты зависят от макрообщественного контекста — они с особой выразительностью проступают в странах с невысокими государственными социальными расходами и оказываются менее отчетливыми при высоких показателях таких расходов. Это заключение относится к неравенствам по образованию и профессии, но не по субъективному статусу — в этом случае медиации были в равной мере отчетливыми во всех странах.

Ключевые слова: здоровье, социально-структурные неравенства, психологические ресурсы, медиативные эффекты, страны Европы, социальное государство.

Проблема и обзор исследований

Одно из важнейших направлений в современной социологии здоровья связано с анализом социальных неравенств. Результаты этих исследований с полной определенностью свидетельствуют, что продолжительность жизни и здоровье людей в значительной мере зависят от их социально-экономического положения в обществе (Adler et al. 1994; Mackenbach 2012; Mackenbach et al. 2008; Marmot et al. 1997; Marmot, Wilkinson 2006). Российские исследователи также неоднократно отмечали, что невысокое общественное положение сочетается с неудовлетворительным состоянием здоровья (Канева, Байдин 2019; Кислицына 2015; Лядова 2021; Рима-шевская, Кислицына 2004; Тапилина 2004; Хабибуллина, Александрова, Аистов 2021).

Существенное значение для здоровья имеют и психосоциальные — межличностные и личностные — ресурсы (Gallo, Matthews 2003; Matthews, Gallo 2011), включающие социальный капитал поддержки со стороны других людей и психологические черты, помогающие человеку справляться с трудностями жизни благодаря его уверенности в себе, высокой личной самооценке, оптимистическому взгляду в будущее, способности контролировать происходящее, психологической устойчивости к воздействию стрессов. Персональные психологические ресурсы являются важным фактором здоровья, смягчающим неблагоприятные физиологические последствия стресса и способствующим здоровому поведению. Согласно теоретической модели «резервного потенциала», психологические ресурсы выступают также посредником во взаимосвязи социального статуса со здоровьем, что обусловлено их неравномерным распределением по социальной структуре — дефицитом у людей с низким общественным положением (Gallo, Matthews 2003).

Проблема влияния психологических качеств на состояние здоровья рассматривается в ряде отечественных работ, подтверждающих их важное значение для его поддержания (Вассерман, Трифонова 2012; Ивлев и др. 2017; Канева 2016; Погосова., Бойцов и др. 2018; Погосова и др. 2017), однако малоисследованным остается вопрос о зависимости между этими качествами и положением в социальной структуре и их посредническом воздействии на структурные неравенства в здоровье (Русинова 2019; Русинова, Сафронов 2017; 2018; 2019).

Отдельные психологические характеристики, играющие важную роль в поддержании здоровья, и их распределение по социальным слоям обсуждается в ряде западных публикаций, указывая на возможность посреднического объяснения социально-структурных неравенств в здоровье

через психологические переменные. Так, многие исследования свидетельствуют, что убежденность человека в способности контролировать жизнь благоприятно сказывается на физическом здоровье (Infurna, Gerstorf, Zarit 2011; Lachman, Agrigoroaei 2010) и психическом благополучии (Helzer, Jayawickreme 2015; Hofmann et al. 2013; Tangney, Baumeister, Boone 2004), а также на сроках восстановления после болезни (Chipperfield, Campbell, Perry 2004; Taylor, Kemeny, Reed 2000) и снижении рисков смертности (Seeman, Lewis 1995; Surtees et al. 2010). Уверенность в этой способности отличает представителей более высоких социальных позиций, тогда как при низком статусе она встречается заметно реже (Bosma, van de Mheen, Mackenbach 1999; Bosma, Schrijvers, Mackenbach 1999; Marmot et al. 1998; Ross, Mirowsky 2003). В отдельных работах были обнаружены посреднические влияния способности к контролю на статусные неравенства в здоровье (Bosma et al. 2005; Bosma, van de Mheen, Mackenbach 1999).

Высокая личностная самооценка (Rosenberg 1965) также может иметь позитивное значение для здоровья, способствуя преодолению стрессов (O'Donnell et al. 2008) и стремлению людей поддерживать свое здоровье (McAuley et al. 2000). Было обнаружено, что позитивное восприятие «я» необходимо для психического благополучия (Taylor, Broffman 2011; Taylor, Brown 1988), снижает риски депрессии (Orth et al. 2009), предсказывает сердечно-сосудистые и онкологические заболевания и смертность (Stamatakis et al. 2004). Причем личностная самооценка связана с социально-экономическим статусом индивида, ухудшаясь с его понижением (Festini et al. 2017). Однако результаты, характеризующие посреднические эффекты этого психологического свойства, оказались противоречивыми. Об этом свидетельствует исследование в США, где такие эффекты были отчетливо выражены, тогда как в Японии они проявлялись слабо (Kan et al. 2014). В другой работе отмечается, что зависимость между личностной самооценкой и социально-экономическим статусом неустойчива, вследствие чего она не способна объяснить статусные неравенства в здоровье (Taylor, Seeman 1999). О слабой психологической медиации говорит и исследование неравенств самочувствия и хронических заболеваний по образованию и доходу в Германии (Schnitzler 2004).

Еще одно важное психологическое качество, оказывающее благоприятное воздействие на здоровье, — оптимистический взгляд в будущее (Scheier, Carver 1992). Согласно выявленным фактам, оптимизм играет защитную роль при таких состояниях, связанных со стрессом, как метаболический синдром (Cohen et al. 2010), снижение иммунитета (Roy et al. 2010), сердечно-сосудистые заболевания (Boehm, Kubzansky 2012; Giltay et al. 2006; Nabi et al. 2010). Он способствует вовлечению в сберегающие

здоровье практики (Carver, Scheier, Segerstrom 2010), улучшению физического здоровья и психического благополучия (Керка et al. 2013; Petersen et al. 2008; Puig-Perez et al. 2017; Rasmussen, Scheier, Greenhouse 2009; Schou et al. 2005). Оптимизм связан с социально-экономическим статусом — он реже встречается в нижних общественных стратах (Boehm et al. 2015; Heinonen et al. 2006; Robb, Simon, Wardle 2009). Есть и отдельные свидетельства посреднической роли этого свойства между статусом и здоровьем (Finkelstein et al. 2007; Kan et al. 2014).

Умение человека справляться со стрессовыми жизненными обстоятельствами и адаптироваться к ним, составляя психологическое свойство устойчивости (Wagnild, Young 1993), помогает его нормальному функционированию (Masten, Monn 2015). Такая устойчивость позитивно влияет на эмоциональное, психическое и социальное благополучие (Haddadi, Besharat 2010; Liu, Wang, Li 2012; Liu et al. 2014; Lu et al. 2014; Margraf et al. 2020), способствует сокращению депрессивной симптоматики (Bonanno 2004; Brunwasser, Gillham, Kim 2009; Parrish, Cohen, Laurenceau 2011; Southwick, Vythilingam, Charney 2005) и благоприятно сказывается на физическом здоровье (Schure, Odden, Goins 2013). Она ослабевает по мере понижения социальной позиции (Pechmann et al. 2014), отчасти объясняя повышенную уязвимость представителей низко статусных групп к стрессовым воздействиям (Kristenson et al. 2004; Matthews, Gallo 2011). Исследование в Германии продемонстрировало, что психосоциальные ресурсы, в том числе устойчивость, сокращаются с уменьшением уровня образования и выступают медиатором между этой характеристикой социально-экономического статуса и позитивным и негативным психическим здоровьем (Niemeyer et al. 2019).

Таким образом, предшествующие исследования свидетельствуют, что некоторые личностные характеристики могут оказывать позитивное влияние на здоровье и в определенной мере объяснять структурные неравенства — они выступают посредником между социальным статусом и состоянием здоровья. Психологические ресурсы неравномерно распределены по социальным слоям, их не хватает, как правило, тем, кто занимает невысокие общественные позиции, и именно этот недостаток негативно отражается на состоянии их здоровья. Однако работы, подтверждающие это заключение, остаются немногочисленными, генерализация выводов затрудняется из-за использования разных показателей статуса и психологических черт и несопоставимости обследуемых выборок населения. Одни исследователи сообщают о сильно выраженном посредническом эффекте, тогда как другие обнаруживают лишь очень слабые зависимости. Различия результатов в разных странах могут сви-

детельствовать также о воздействии на посреднические эффекты факторов общественного контекста. Сравнительные исследования, которые способны прояснить это соображение, только начинают появляться, и пока еще предположение о контекстуальной модерации психологической медиации статусных неравенств в здоровье не получило убедительного подтверждения.

Задачи и методология исследования

В настоящем исследовании осуществлялось углубленное изучение психологических медиаторов социального структурирования здоровья. Оно было нацелено на прояснение некоторых из отмеченных в обзоре состояния дел проблем и предполагало решение двух основных задач.

Первая из них подразумевала выявление в ряде европейских стран психологических медиаторов социально-структурных различий в здоровье и сопоставление степени выраженности таких эффектов. При этом в расширенный список потенциальных медиаторов включались пять важнейших, согласно научной литературе, психологических характеристик: «автономия и контроль», «оптимизм», «высокая личностная самооценка», «устойчивость к трудностям жизни», «состоятельность в решении жизненных проблем».

Вторая задача связана с обнаружением контекстуальных различий между странами в проявлении эффектов психологической медиации. Опираясь на полученные нами ранее результаты, можно предположить, что посредническое влияние психологических ресурсов, включающих по крайней мере некоторые из названных свойств, на социально-структурные неравенства в здоровье будут сильно отличаться в разных частях Европы. В наиболее развитых странах с высоким уровнем благосостояния и сильным социальным государством эффекты медиации, скорее всего, окажутся менее выраженными, поскольку такой социетальный контекст создает благоприятные условия для укрепления у представителей нижних общественных слоев психологической устойчивости. В силу этого психологические ресурсы будут в развитых странах распределяться более равномерно по социальной структуре и играть менее важную роль при трансляции статусных особенностей в характеристики здоровья. В относительно менее развитых в экономическом отношении европейских государствах, где невысокий — по европейским меркам — уровень жизни значительной части населения сочетается со слабыми государственными социальными гарантиями, психологическое посредничество, вероятно, будет обнаруживаться с большей определенностью — трудности жизни у людей с невысоким статусом и отсутствие должной защиты со стороны государства

могут порождать у них психологическую неуверенность. Недостаток в нижних стратах психологических резервов для преодоления хронических стрессов может отражаться на их здоровье — выраженные взаимосвязи статусных позиций и психологической устойчивости будут транслироваться в различия показателей здоровья.

Проверка теоретических предположений производилась по данным репрезентативных опросов Европейского социального исследования (ESS Round 6 2012) для двух групп стран, сильно отличающихся по уровню государственных душевых расходов на социальную защиту (в долларах по паритету покупательной способности, рассчитаны нами по данным: Public social protection expenditure, percentage of GDP [World Social Protection Report 2014: Table B.13] и сведений о ВВП: GDP per capita, current US\$¹). К первой из них, с низкими — по европейским меркам — расходами, относятся Украина (\$1366), Болгария (\$2625), Россия (\$3460) и Польша (\$4618), а ко второй, отличающейся высокими показателями, — Норвегия (\$14 660), Дания (\$11 298), Швеция (\$12 792) и Финляндия (\$11 607). Эти материалы анализировались с помощью линейных регрессионных моделей, позволяющих выявлять посреднические эффекты. Оценки респондентами своего здоровья рассматривались в этих моделях в зависимости от переменных, фиксирующих структурные неравенства в здоровье по образованию, профессиональному статусу и воспринимаемому положению в обществе, а также пять психологических качеств — автономию и контроль, оптимизм, личностную самооценку, устойчивость и состоятельность. Возрастной диапазон участников опросов, которые включались в анализ, составляет от 25 до 80 лет, поскольку именно в этих возрастах особенно заметны социальные и психологические влияния на состояние здоровья индивидов (у самых молодых и пожилых людей очень сильными являются биологические детерминации).

Состояние здоровья участников опросов фиксировалось с помощью его самооценок респондентами, полученных при ответах на широко используемый вопрос анкеты: «Как вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По вашему мнению, оно... 1. Очень хорошее. 2. Хорошее. 3. Среднее. 4. Плохое. 5. Очень плохое». Зависимая переменная в нашем анализе — распределение ответов по этой шкале.

Независимые переменные, указывающие на социальный статус опрошенных, были представлены тремя показателями — двумя, отражающими объективные различия по образованию и профессии, и одним, свидетель-

¹ См.: URL: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=NY.GDP.PCAP.CD&country=> (дата обращения: 07.11.2022).

ствующим о субъективном восприятии человеком своего места в социальной структуре. Уровень образования измерялся с помощью индекса, суммирующего количество лет, в течение которых респондент обучался в формальных образовательных учреждениях (школе, училище, колледже, институте, университете и др.). Профессиональные позиции, которые в ESS данных различаются в соответствии с Международной стандартной классификацией профессий (International Standard Classification of Occupations: ISCO 08, см.: International Labour...2012), преобразовывались с помощью специальной программы конверсии в Международный социально-экономический индекс профессионального статуса (International Socio-Economic Index of Occupational Status, ISEI, см.: Ganzeboom, Treiman 2010). Субъективный показатель — это оценки респондентами своего места в обществе, полученные при ответе на вопрос анкеты: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке вы видите шкалу, которая идет сверху вниз. Где вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время?... 10. На самом верху. 0. В самом низу».

Материалы ESS, Round 6, позволяют оценить воздействие на здоровье ряда психологических характеристик (Huppert et al. 2013), которые могут, согласно нашему обзору, выступать медиаторами структурных неравенств в здоровье:

- «автономия и контроль» — независимость в принятии решений, свидетельствующая о том, что человек в своей жизни, при осуществлении определенной деятельности свободен от давления со стороны других людей, о ее выраженности говорит степень согласия респондента с суждением: «Полагаю, что я могу самостоятельно решать, как мне жить» (по пятибалльной шкале от полного согласия до полного несогласия), а также способность человека контролировать происходящее в жизни и свою деятельность, выраженная в шкальных оценках при ответе на вопрос: «В какой мере вам удается выкраивать время на то, чем вам по-настоящему нравится заниматься?» (от 0 — вовсе не удается до 10 — полностью удается);
- «оптимизм», предполагающий позитивные чувства или оценки в отношении будущего, связанные с личной жизнью или общественными изменениями, определяется с помощью трех анкетных вопросов: «Я всегда смотрю на свое будущее с оптимизмом» и «Судя по тому, что происходит в мире, трудно возлагать надежды на его будущее», «Для большинства людей в нашей стране жизнь становится не лучше, а хуже» (пятибалльные шкалы от полного согласия до полного несогласия);

- «позитивная самооценка», принятие человеком себя, проявляющееся в его хорошем отношении к самому себе, зафиксированная в ответах на два вопроса: «В целом я очень хорошо к себе отношусь», «Временами я чувствую себя неудачником» (пятибалльные шкалы согласия);
- «устойчивость» к трудностям жизни и умение их преодолевать, свидетельствующая о способности человека сопротивляться стрессовым воздействиям и быстроте восстановления после попадания в сложную жизненную ситуацию. Об устойчивости позволяют судить ответы участников опросов на два вопроса: «Насколько трудно или легко вам справляться с важными проблемами, возникающими в вашей жизни?» (шкала от 0 до 10) и «Когда в моей жизни происходит что-то плохое, мне обычно требуется длительное время, чтобы прийти в себя» (пятибалльная шкала согласия);
- «состоятельность» относится к общей уверенности человека в своей компетентности, способности проявлять себя в повседневной деятельности, в том числе в своих когнитивных способностях — умении мыслить, концентрировать внимание и принимать решения. Для ее измерения респондентов спрашивали, согласны ли они с утверждениями: «В повседневной жизни у меня очень мало возможностей показать, на что я способен», «В большинстве случаев я испытываю чувство удовлетворения от того, что делаю» и «У меня многое хорошо получается» (пятибалльные шкалы согласия).

Значения пяти психологических индексов, описывающих эти свойства, рассчитывались как средние арифметические значения ответов по указанным шкалам после приведения их к общей размерности и изменения, где необходимо, полярности шкал.

Влияние психологических ресурсов на здоровье и неравенства в здоровье, согласно нашим предположениям, различается в европейских странах и зависит от контекстуальных особенностей, связанных с развитием социального государства. Проверка предположений о влиянии психологических переменных на здоровье и зависимости неравенств в здоровье от психологических ресурсов проводилась с помощью регрессионного анализа медиаций (программа Process; см.: Hayes 2018) в двух указанных группах стран — с низкими и высокими государственными расходами на социальную защиту. Влияние на здоровье переменных социального статуса и психологических ресурсов рассматривалось при контроле демографических признаков, играющих важную роль в дифференциации самочувствия людей, — пола и возраста. Шкалы всех независимых переменных преобразовывались и были представлены в диапазоне от 0 до 1, вследствие чего регрессионные коэффициенты свидетельствуют о различиях здоровья,

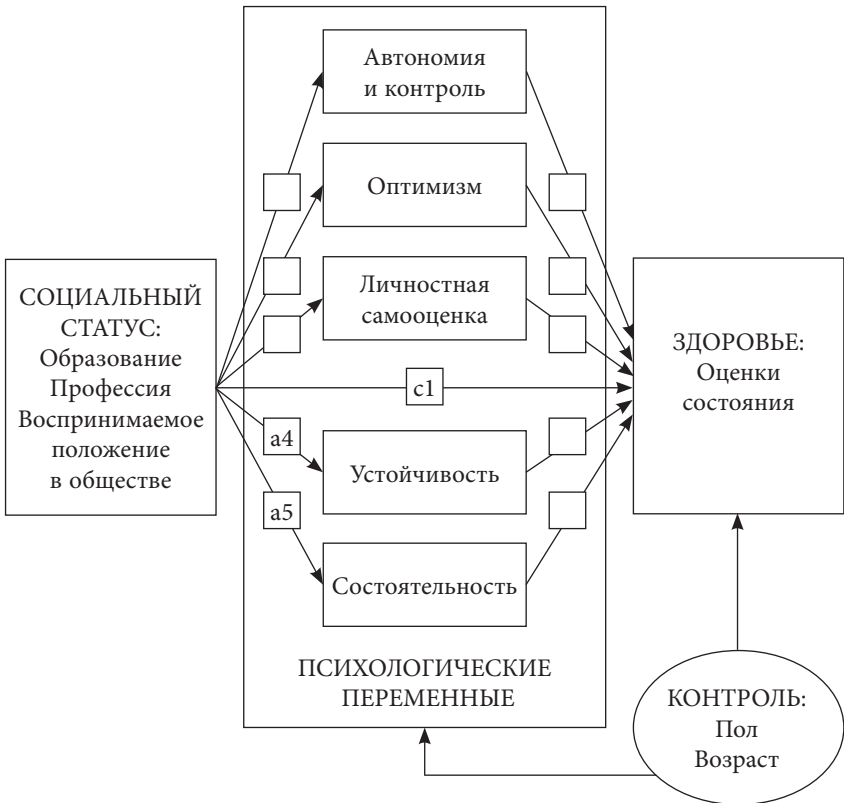


Рис. Психологические медиаторы статусных неравенств в здоровье: аналитическая схема регрессионного анализа

измеренного пятибалльным показателем, между респондентами с полярными социальными и психологическими характеристиками.

В регрессиях для каждой группы стран сначала рассматривались посредники воздействия на здоровье пяти психологических переменных по отдельности при объяснении статусных различий в самочувствии по каждому из трех признаков — образованию, профессии и субъективной позиции. Затем, как показано на рисунке, для выявления наиболее важных психологических качеств проводился регрессионный анализ с пятью параллельными медиаторами. Посреднические психологические эффекты зависят от детерминаций «а», характеризующих неравное распределение психологических ресурсов в социальной структуре, и «b» — выраженности влияния этих

ресурсов на состояние здоровья, а сами медиации представляют собой произведения этих регрессионных коэффициентов — «ab». «Общий эффект» влияния социального статуса на здоровье «с», равняется сумме его «прямого эффекта» «с'» и «непрямых» медиативных эффектов пяти психологических факторов — $a_1b_1+a_2b_2+a_3b_3+a_4b_4+a_5b_5$.

Значение психологических ресурсов при невысоких социальных расходах государства

Результаты анализа влияния на здоровье каждого из психологических ресурсов, рассмотренных по отдельности, в странах со сравнительно низкими государственными социальными расходами, представленных Болгарией, Польшей, Россией и Украиной, — приведены в таблице 1. В ней для трех показателей социального статуса, включая образование, профессиональное положение и представления опрошенных о своем месте в обществе, приводятся регрессионные коэффициенты, характеризующие 1) зависимость психологических переменных от социального статуса ($a_1 — a_5$), 2) воздействие статуса на здоровье без учета психологических факторов (общий эффект) и 3) после включения в уравнение этих факторов (прямой эффект), 4) выраженность психологических воздействий на здоровье при контроле демографии и статуса ($b_1 — b_5$), а также 5) посреднические (непрямые, медиативные) психологические эффекты для статусных неравенств ($a_1b_1 — a_5b_5$).

Таблица 1

Медиации статусных неравенств в здоровье отдельными психологическими переменными: низкие социальные расходы государства

Переменные и эффекты	Авто- номия- контроль		Оптимизм		Личност- ная само- оценка		Устойчи- вость		Состоя- тельность	
	a1	b1	a2	b2	a3	b3	a4	b4	a5	b5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Образование	.14		.24		0.24		0.33		0.23	
Психол. различия		-.96		-.89		-0.98		-0.99		-1.16
Общий эффект	-.75		-.77		-.75		-.78		-.78	
Прямой эффект	-.62		-.55		-.52		-.45		-.51	
Непрямой эффект	-.13 (-.17, -.09)		-.22 (-.26, -.18)		-.24 (-.28, -.19)		-.33 (-.38, -.28)		-.27 (-.31, -.22)	
N	6983		6823		6977		6920		6949	

Окончание таблицы 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Проф. положение	.07		.10		.10		.13		.10	
Психол. различия		-.97		-.91		-1.02		-1.02		-1.19
Общий эффект		-.25		-.25		-.25		-.25		-.25
Прямой эффект		-.19		-.17		-.15		-.12		-.14
Непрямой эффект		-.06 (-.08, -.05)		-.09 (-.11, -.07)		-.10 (-.12, -.08)		-.13 (-.15, -.11)		-.12 (-.14, -.10)
N		6671		6514		6667		6604		6640
Субъект. статус	.28		.36		.33		.40		.33	
Психол. различия		-.79		-.70		-.83		-.81		-1.00
Общий эффект		-.99		-.99		-.99		-1.01		-.99
Прямой эффект		-.77		-.74		-.72		-.69		-.65
Непрямой эффект		-.22 (-.26, -.19)		-.25 (-.29, -.21)		-.27 (-.32, -.24)		-.32 (-.37, -.28)		-.34 (-.38, -.29)
N		7028		6866		7021		6963		6995

Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), контроль — пол и возраст, для непрямого эффекта в скобках приводится 95%-ный доверительный интервал (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 10000), уровень значимости всех прочих коэффициентов $p < 0.000$.

Выявленные зависимости свидетельствуют, что психологические ресурсы — автономия-контроль, оптимизм, личностная самооценка, устойчивость и состоятельность — неравномерно распределяются по социальной структуре. Коэффициенты $a_1 — a_5$ имеют положительный знак и статистически значимы на высоком уровне — с повышением общественного положения, зафиксированного образованием, профессиональным или субъективным статусом, увеличивается вероятность наличия у человека соответствующих личностных качеств, а с его понижением, соответственно, они, как правило, оказываются в дефиците. Все личностные качества, согласно коэффициентам $b_1 — b_5$, которые также оказались статистически значимыми, играют важную роль в поддержании здоровья — отрицательные значения указывают, что с ростом их выраженности снижается вероятность плохого самочувствия и увеличивается — хорошего (напомним, направление шкалы оценок здоровья — от градации «очень хорошее» к ответам «очень плохое»).

Табличные данные для общих эффектов — воздействия переменных социального статуса на здоровье (при контроле только демографических

различий) — подтверждают известную закономерность, указывающую на существование структурных неравенств в здоровье. Оно улучшается при повышении общественного положения индивида и ухудшается по мере его снижения (отрицательные коэффициенты, все статистически значимые с очень высокой степенью вероятности). Так, общий эффект для субъективного статуса, значение которого около минус единицы, означает, что у индивидов с полярными представлениями о своем положении в общественной структуре оценки здоровья по пятибалльной шкале различаются на целую градацию — очень большое расхождение, причем они ниже у тех, кто считает, что находится в «в самом низу» общества, чем у респондентов, полагающих себя «на самом верху». Прямые эффекты, характеризующие влияние социального статуса на здоровье после включения в регрессионные уравнения психологических переменных, несколько снижаются по сравнению с общими эффектами, но остаются достаточно заметными и статистически значимыми. Тем не менее можно утверждать, что психологические ресурсы, будь то автономия-контроль, оптимизм, высокая личностная самооценка, устойчивость или состоятельность, позволяют в определенной степени объяснить структурные неравенства. Это соображение подтверждают статистически значимые не прямые эффекты (в табл. 1 приводятся 95%-ные доверительные интервалы, *bootstrap confidence interval*, *N of bootstrap samples* = 10000). Рассмотрим, например, психологическую устойчивость и ее значение для объяснения неравенств в здоровье по субъективному статусу. Непрямой эффект составляет в этом случае -0.32 , его определенно нельзя считать случайным, судя по доверительному интервалу, не включающему нулевое значение ($-0.37, -0.28$). При общем эффекте равном единице 32 % во влиянии субъективного статуса на здоровье приходится на посредническую детерминацию через различия респондентов в психологической устойчивости. Полученный коэффициент для этого медиативного эффекта говорит о том, что расхождение в оценках своего здоровья между людьми с самым низким и самым высоким субъективным статусом, составляющее около единицы (общий эффект), частично объясняется психологическим фактором. У респондентов с наименьшим показателем по признаку устойчивости оценки здоровья (по пятибалльной шкале) будут на 0.32 ниже по сравнению с теми, у кого этот показатель самый большой.

С целью прояснения вопроса о том, насколько велика психологическая медиация неравенств в здоровье, учитывая все пять изучавшихся личностных качеств, а также какие из них лучше объясняют эти неравенства, рассматривались три интегральные регрессионные модели (для

неравенств по образованию, профессиональному положению и субъективному статусу). В эти модели включались одновременно все пять психологических переменных и оценивались их параллельные медиативные эффекты. Результаты представлены в таблице 2 — приводятся регрессионные коэффициенты для уравнений, описывающих влияние на здоровье всех независимых переменных, включая пять психологических факторов, а также значения общих, прямых и непрямых психологических эффектов (выраженность детерминаций по линиям a_1 — a_5 , использующихся для расчета медиаций, уже была охарактеризована при описании таблицы 1).

Контрольные демографические переменные, как видно в таблице 2, связаны с оценками здоровья известными зависимостями — самочувствие, как правило, хуже у женщин по сравнению с мужчинами и снижается с возрастом. Сопоставление общих и прямых эффектов показывает, что влияние социального статуса на здоровье становится гораздо менее выраженным после включения в регрессионные уравнения психологических факторов (коэффициент для профессионального статуса даже оказывается за рамками принятых критериев статистической значимости).

Таблица 2

Регрессионные модели с пятью параллельными психологическими медиациями статусных неравенств в здоровье: низкие социальные госрасходы

Независимые переменные	Регрессионные коэффициенты (В)		
Константа	3.25***	3.13***	3.15***
Пол (Ж=0, М=1)	-.11***	-.11***	-.11***
Возраст (лет)	1.96***	2.01***	2.00***
Образование	-.27***		
Профессиональное положение		-.04	
Субъективный статус			-.33***
Автономия и контроль	-.31***	-.30***	-.28***
Оптимизм	-.27***	-.26***	-.22***
Личностная самооценка	-.32***	-.34***	-.31***
Устойчивость	-.45***	-.46***	-.40***
Состоятельность	-.67***	-.69***	-.64***
R ²	.31	.31	.31

Окончание таблицы 2

Эффекты			
Общий эффект	-.73***	-.23***	-.95***
Прямой эффект	-.27***	-.04	-.33***
Непрямые эффекты:			
Автономия и контроль	-.04 (-.06, -.02)	-.02 (-.03, -.01)	-.08 (-.11, -.04)
Оптимизм	-.06 (-.09, -.03)	-.02 (-.03, -.01)	-.08 (-.12, -.04)
Личностная самооценка	-.07 (-.10, -.05)	-.03 (-.04, -.02)	-.10 (-.14, -.06)
Устойчивость	-.14 (-.19, -.10)	-.06 (-.08, -.04)	-.16 (-.20, -.11)
Состоятельность	-.15 (-.18, -.11)	-.06 (-.08, -.05)	-.21 (-.25, -.17)
Совокупный	-.46 (-.53, -.40)	-.20 (-.23, -.17)	-.62 (-.68, -.56)
Доля непрямых эффектов	63%	87%	65%
N	6366	6079	6401

Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), влияния социально-структурных переменных на психологические (a1 — a5) описаны в таблице 1, для непрямого эффекта в скобках приводится 95% доверительный интервал (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 10000), уровни значимости: *** $p < 0.000$.

Хотя психологические переменные достаточно тесно связаны между собой (не вызывая в регрессиях проблем мультиколлинеарности), каждая из них продолжает оказывать заметное воздействие на здоровье. Автономия-контроль, оптимизм, высокая личностная самооценка, устойчивость и состоятельность остаются важными, статистически значимыми детерминантами самочувствия — их наличие способствует его улучшению. Все не прямые эффекты, свидетельствующие о психологической медиации статусных неравенств в здоровье, также оказались статистически значимыми (приводятся 95%-ные доверительные интервалы). Совокупное посредническое влияние пяти личностных характеристик объясняет значительную долю в детерминации здоровья социально-экономическим статусом (процентное отношение совокупной медиации к общему эффекту равняется для образования — 63 %, профессионального статуса — 84 %, а субъективного общественного положения — 65 %).

В то же время полученные не прямые эффекты для пяти изучавшихся факторов заметно отличались друг от друга по величине. Анализ стати-

стической значимости различий между всеми парами не прямых влияний (программа Process, результаты не приводятся) показывает, что среди параллельных медиаций наиболее отчетливыми оказались эффекты, связанные с психологическими свойствами «устойчивости» к жизненным невзгодам и «состоятельности» при решении проблем.

Психологические эффекты при высоких государственных социальных расходах

Логика исследования психологических влияний на здоровье в Скандинавских странах — Норвегии, Дании, Швеции и Финляндии, отличающихся значительными расходами государства на социальную защиту, повторяет описанные выше аналитические шаги. В таблице 3 представлены результаты, полученные при рассмотрении пяти личностных качеств по отдельности (как это было сделано в таблице 1 для стран со слабым социальным государством).

Таблица 3

Медиации статусных неравенств в здоровье психологическими свойствами по отдельности: значительные социальные расходы государства

Переменные и эффекты	Автономия-контроль		Оптимизм		Личностная самооценка		Устойчивость		Состоятельность	
	a1	b1	a2	b2	a3	b3	a4	b4	a5	b5
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Образование	.02		.11		0.00		0.11		0.07	
Психол. различия		-1.11		-1.24		-1.16		-1.23		-1.31
Общий эффект	-.73		-0.73		-.73		-.72		-.73	
Прямой эффект	-.71		-.58		-.72		-.58		-.64	
Непрямой эффект	-.02 (-.05, .01)		-.14 (-.18, -.10)		-.00 (-.04, .04)		-.13 (-.17, -.10)		-.09 (-.12, -.05)	
N	5888		5874		5884		5863		5885	
Проф. положение	.03		.09		.03		.06		.04	
Психол. различия		-1.07		-1.19		-1.12		-1.19		-1.27
Общий эффект	-.51		-.51		-.51		-.51		-.51	
Прямой эффект	-.48		-.40		-.47		-.43		-.46	

Окончание таблицы 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Непрямой эффект	-.03 (-.05, -.02)		-.10 (-.13, -.08)		-.04 (-.06, -.02)		-.07 (-.10, -.05)		-.05 (-.07, -.03)	
N	5837		5821		5832		5814		5834	
Субъект. статус	.28		.29		.32		.32		.27	
Психол. различия		-.78		-1.02		-.90		-.96		-.93
Общий эффект	-1.48		-1.48		-1.48		-1.48		-1.49	
Прямой эффект	-1.26		-1.18		-1.20		-1.18		-1.24	
Непрямой эффект	-.22 (-.27, -.17)		-.30 (-.35, -.25)		-.29 (-.34, -.24)		-.31 (-.36, -.25)		-.25 (-.31, -.20)	
N	5931		5917		5927		5906		5928	

Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), контроль — пол и возраст, для непрямого эффекта в скобках приводится 95%-ный доверительный интервал к (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 10000), уровень значимости коэффициентов: клетки без заливки — $p < 0.000$, с серой заливкой — не значимые, $p > 0.05$.

Общие эффекты для каждой из переменных социального статуса (образование, профессиональное положение, субъективный статус) оказались статистически значимыми, что подтверждает твердо установленный факт, свидетельствующий о существовании структурных неравенств в здоровье не только в менее развитых европейских странах, но и там, где государство проводит сильную политику по защите уязвимых слоев населения. Автономия и контроль, оптимизм, высокая самооценка, устойчивость и состоятельность, согласно выявленным нами фактам, выступают важными самостоятельными факторами, определяющими состояние здоровья даже при контроле социально-демографических (пол и возраст) и социально-структурных (образование, профессиональный статус или воспринимаемое общественное положение) переменных (коэффициенты b_1 — b_5 , все статистически значимые).

Почти во всех регрессиях выявляются статистически значимые, хотя и не очень отчетливые, зависимости психологических признаков от положения опрошенных в социальной структуре (a_2 , a_4 , a_5 , исключая две слабые связи автономии-контроля и личностной самооценки с образованием, a_1 и a_3). Эти взаимосвязи говорят о том, что психологические

ресурсы в Скандинавских социальных демократиях, как и в Восточной Европе, неравномерно распределяются, только менее четко, по слоям социальной пирамиды — ими с большей вероятностью обладают те, кто располагается выше в социальной структуре, а люди с невысоким статусом испытывают недостаток психологических свойств, обеспечивающих преодоление жизненных невзгод. В этих странах также были обнаружены статистически значимые посреднические эффекты всех пяти психологических качеств, связывающие профессиональный и субъективный общественный статусы с различиями в здоровье. Медиации образовательных неравенств проявлялись с тремя из этих качеств (исключая автономию-контроль и личностную самооценку).

Регрессии с пятью параллельными психологическими посредниками статусных неравенств в здоровье приводятся в таблице 4 (аналогичной таблице 3, содержащей сведения о таких регрессиях в странах Восточной Европы). Приведенные коэффициенты (для общего и прямого эффектов) еще раз показывают, что переменные социального статуса оказывают существенное воздействие на состояние здоровья — оно ухудшается по мере снижения значений этих переменных. Зависит оно и от психологических ресурсов — снижение оценок здоровья происходит при недостаточности любого из личностных качеств: автономии-контроля, оптимизма, высокого мнения о самом себе, устойчивости и состоятельности. Все такие зависимости были статистически значимыми, несмотря на тесные взаимосвязи между пятью показателями личностных ресурсов (мультиколлинеарность в регрессиях не проявляется).

Как видно по таблице 4, большинство психологических медиаций статусных неравенств в здоровье оказались статистически значимыми (из 18 коэффициентов только два были исключением). Сопоставление всех пар непрямых эффектов между собой показывает, что некоторые из них отличаются друг от друга неслучайным образом (доверительные интервалы, рассчитанные в Process, не приводятся). Так, наиболее отчетливые объяснения образовательных и профессиональных неравенств дают такие личностные качества, как оптимизм, а также устойчивость, а неравенств по субъективному статусу — оптимизм, устойчивость и личностная самооценка.

Статистически значимые совокупные непрямые эффекты, суммирующие значения пяти параллельных медиаций, для образования, профессии и воспринимаемого положения в общественной структуре говорят о том, что структурные неравенства в определенной мере объясняются психологическими факторами. Важность для здоровья уверенности человека в своей способности контролировать происходящее, в себе самом, способ-

ности преодолевать тяготы жизни и в грядущих переменах к лучшему и недостаток этой уверенности при низком социальном статусе образуют одну из линий детерминации между социальной структурой и состоянием здоровья. Психологические факторы объясняют около четверти общего эффекта (влияния на здоровье структурных переменных), когда он относится к образованию и профессиональному положению, и 43 % от такого эффекта, связанного с субъективным статусом. В развитых социальных демократиях, как видим, объяснительные возможности психологических медиаций оказались более ограниченными, чем в посткоммунистических европейских странах, в которых приведенные показатели составляли около двух третей от общих эффектов (и выше).

Таблица 4

Пять параллельных психологических медиаций статусных неравенств в здоровье: регрессионные модели при высоких госрасходах на социальную защиту

Независимые переменные	Регрессионные коэффициенты (В)		
Константа	3.65***	3.41***	3.51***
Пол (Ж=0, М=1)	-.00	-.01	.01
Возраст (лет)	.93***	1.07***	1.08***
Образование	-.55***		
Профессиональное положение		-.38***	
Субъективный статус			-.84***
Автономия и контроль	-.44***	-.42***	-.31***
Оптимизм	-.64***	-.61***	-.60***
Личностная самооценка	-.51***	-.50***	-.43***
Устойчивость	-.49***	-.49***	-.44***
Состоятельность	-.45***	-.45***	-.33***
R ²	.19	.19	.20
Эффекты			
Общий эффект	-.72***	-.51***	-1.47***
Прямой эффект	-.55***	-.38***	-.84***
Непрямые эффекты:			
Автономия и контроль	-.01 (-.02, .01)	-.01 (-.02, -.01)	-.09 (-.13, -.04)
Оптимизм	-.07 (-.10, -.05)	-.05 (-.07, -.04)	-.18 (-.23, -.13)

Окончание таблицы 4

Личностная самооценка	-0.00 (-.02, .02)	-0.02 (-.03, -.01)	-.14 (-.18, -.09)
Устойчивость	-.05 (-.08, -.03)	-.03 (-.04, -.02)	-.14 (-.19, -.09)
Состоятельность	-.03 (-.05, -.02)	-.02 (-.03, -.01)	-.09 (-.14, -.04)
Совокупный	-.17 (-.22, -.11)	-.13 (-.16, -.10)	-.63 (-.71, -.55)
Доля не прямых эффектов	24%	25%	43%
N	5820	5772	5863

Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), влияния социально-структурных переменных на психологические (a1 — a5) представлены в таблице 3, для непрямого эффекта в скобках приводится 95%-ный доверительный интервал (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 10000), уровень значимости коэффициентов: *** $p < 0.000$, клетки с серой заливкой — не значимые, $p > 0.05$.

Влияние психологических факторов на здоровье: отличия при низких и высоких госрасходах на социальную защиту

Описанные выше факты, полученные при раздельном анализе стран с неодинаковыми вложениями в социальную защиту, указывают на заметные отличия в них психологических воздействий на состояние здоровья. Однако пока нет оснований утверждать, являются ли эти отличия существенными — они нуждаются в дополнительном статистическом обосновании. С этой целью в регрессионные уравнения, объясняющие различия в здоровье респондентов в объединенном массиве восьми изучавшихся стран, включались не только показатели социального статуса и психологических ресурсов (при контроле демографии), но и их интеракции с дихотомическим признаком сильное / слабое социальное государство (значения 0/1 соответственно). Психологические ресурсы измерялись в этом случае обобщенным индексом, отражающим пять изучавшихся качеств (психологические переменные довольно тесно взаимосвязаны, Cronbach's Alpha = 0.74, индекс рассчитывался как среднее арифметическое оценок по отдельным шкалам). Результаты представлены в таблице 5. Столбцы, обозначенные «образование», «профессия» и «субъективный статус», описывают три регрессии, в которых рассматривались соответствующие неравенства в здоровье. В столбцах «а» приводятся коэффициенты, характеризующие влияние на психологические ресурсы социально-го статуса, признака сильное/слабое социальное государство и интеракции

между ними. В столбцах «b» — коэффициенты воздействия на здоровье психологического фактора, дихотомии социального государства и их интеракции. Приводятся также оценки этих влияний статуса и ресурсов в двух изучавшихся группах стран. В нижних строках таблицы можно найти для этих стран значения непрямых эффектов, различий между ними и их статистической значимости.

Таблица 5

**Сравнительный анализ психологического влияния на здоровье
в странах с низкими и высокими госрасходами
на социальную защиту**

ПЕРЕМЕННЫЕ И ЭФФЕКТЫ	Образование		Профессия		Субъективный статус	
	a	b	a	b	a	b
Социальный статус	.05***		.05***		.30***	
Психологические ресурсы		-2.52***		-2.48***		-2.25***
Госрасходы высокие/низкие	-.16***	.15*	-.08***	.18*	-.03***	.07
ИНТЕРАКЦИИ:						
Статус x госрасходы	.20***		.05***		.05***	
Ресурсы x госрасходы		.44***		.39***		.45***
ВЫРАЖЕННОСТЬ ВЛИЯНИЯ:						
Высокие госрасходы	.05***	-2.52***	.05***	-2.48***	.30***	-2.25***
Низкие госрасходы	.25***	-2.09***	.10***	-2.09***	.34***	-1.81***
НЕПРЯМЫЕ ЭФФЕКТЫ:						
Высокие госрасходы	-.13 (-.18, -.08)		-.12 (-.15, -.09)		-.67 (-.75, -.59)	
Низкие госрасходы	-.52 (-.58, -.45)		-.20 (-.23, -.18)		-.62 (-.68, -.56)	
Различия эффектов	-.38 (-.46, -.30)		-.08 (-.12, -.04)		.05 (-.04, .14)	
N	12677		12325		12763	

Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), контроль — пол и возраст, для непрямого эффекта в скобках приводится 95%-ный доверительный интервал к (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 5000), уровень значимости коэффициентов: *** $p < 0.000$, * $p < 0.05$.

Регрессионные коэффициенты подтверждают наше заключение, что психологические свойства неравномерно распределяются по социальной структуре (с дефицитом в нижних слоях) и оказывают сильное влияние на здоровье, способствуя его сохранению. Такие зависимости, как свидетельствуют статистически значимые интеракции с признаком государственных расходов на социальную защиту, проявляются с разной отчетливостью при одном и другом его значении. Так, социальное структурирование психологических качеств было более выраженным при низких, чем при высоких расходах (особенно по образованию и профессии). Напротив, зависимость оценок здоровья от психологического индекса сильнее проявлялась в странах со значительными тратами государства на социальные нужды. Высокий уровень благосостояния и социальной поддержки со стороны государства позволяет представителям уязвимых слоев сохранять в определенной мере психологическую уверенность в собственных силах и возможности изменения жизни к лучшему, вследствие чего структурные различия в обладании личностными качествами оказываются небольшими по сравнению со странами с невысокими расходами на социальную защиту. Однако психологические факторы в скандинавских демократиях имеют для здоровья даже большее значение, чем в странах Восточной Европы (что обусловлено, вероятно, сильным воздействием в последних на здоровье возрастных различий, связанных и с наличием психологических ресурсов).

В обеих группах стран, выделенных по признаку государственных социальных расходов, психологические свойства выступают медиаторами социальных неравенств в здоровье — по образованию, профессиональному и субъективному статусу (все посреднические влияния — статистически значимые, доверительные интервалы не содержат нулевого значения). В то же время непрямые психологические эффекты, объясняющие образовательные и профессиональные неравенства в здоровье, оказались более отчетливыми при низких госрасходах на социальную защиту, чем при высоких (различия статистически значимые, как свидетельствуют доверительные интервалы), и причина этого — неравномерное распределение психологических резервов по социальной структуре. Однако наиболее отчетливо выраженные медиации, объясняющие неравенства по субъективному статусу, были сходными в одних и других странах (различия статистически не значимы). Это объясняется, скорее всего, тем, что, в отличие от объективных показателей образования и профессии, низкие значения которых указывают на материальную депривацию и склонность к нездоровым стилям поведения, воспринимаемое положение в общественной структуре свидетельствует также и об относительной деприва-

ции. В экономически развитых странах, где государство вкладывает значительные средства в социальную защиту, нижние слои не испытывают таких объективных депривационных нагрузок, ведущих к проблемам со здоровьем, как в странах, которые не могут себе этого позволить, и психологические ресурсы, более равномерно распределенные в обществе, лишь в незначительной мере помогают объяснить социальное структурирование здоровья. Относительная депривация свидетельствует о чувстве неравенства, возникающего при социальных сравнениях, и способна вызывать глубокие и протяженные стрессы, негативно влияющие на здоровье. Поэтому субъективные статусные неравенства, порождающие в нижних слоях переживания психологической незащищенности как при объективно высокой депривации, характерной для стран с невысокими расходами государства на социальные нужды, так и при значительной относительной депривации, проявляющейся и в странах с сильной социальной защитой, получают сходные объяснения через психологические медиаторы.

Заключение

Представленное исследование позволило охарактеризовать значение психологических ресурсов личности для здоровья и социально-структурных неравенств в здоровье в странах Европы, отличающихся по уровню развития социального государства.

Выявленные нами зависимости свидетельствуют, что в странах Европы с невысокими государственными социальными расходами, к которым относятся Украина, Болгария, Россия и Польша, психологические переменные, включая автономию-контроль, оптимизм, личностную самооценку, устойчивость и состоятельность, оказывают существенное влияние на состояние здоровья людей. Каждая из них является важным самостоятельным фактором, определяющим это состояние: дефицит психологических ресурсов — одна из важных причин плохого самочувствия. Кроме того, психологические ресурсы являются медиаторами социально-структурных неравенств в здоровье. Они отчасти объясняют тот факт, что у людей с невысоким положением в общественной структуре здоровье заметно хуже, чем у тех, кто располагается в ней выше. При низком статусе дефицит материальных ресурсов, необходимых для поддержания здоровья, сочетается еще и с недостатком ресурсов психологических, которые также важны для хорошего самочувствия. Анализ параллельных посреднических эффектов, включающий все изучавшиеся психологические переменные — автономию-контроль, оптимизм, личностную самооценку, устойчивость и состоятельность, продемонстрировал, что эти эффекты были неодинаковыми по величине, хотя все они оставались статистически

значимыми. Наиболее отчетливыми были медиации статусных неравенств в здоровье, связанные с психологическими свойствами «устойчивости» к жизненным невзгодам и «состоятельности» при решении жизненных проблем. Непрямые психологические эффекты, взятые в совокупности, объясняют значительную долю, составляющую около двух третей и более, влияния статуса на здоровье.

В скандинавских социальных демократиях, отличающихся значительными государственными вложениями в социальную сферу, психологические ресурсы также играют очень важную роль, повышая оценки людьми состояния своего здоровья. Они, как правило, реже встречаются у представителей нижних общественных слоев, выделяемых по признакам образования и профессионального положения, хотя эти зависимости были выражены не так отчетливо, как первой группе стран. По субъективному статусу такие различия не проявлялись — недостаток психологических резервов в нижних слоях был с одинаковой определенностью выражен в обеих группах. Психологические резервы в Дании, Норвегии, Финляндии и Швеции также позволяют в какой-то мере объяснить существование структурных неравенств в здоровье — они являются посредниками между социальными позициями и оценками здоровья. Такие эффекты медиации заметно уступают посредническому психологическому влиянию, которое обнаруживается в странах Восточной Европы. Исключение — в равной мере отчетливые непрямые психологические эффекты, объясняющие неравенства по субъективному общественному положению, обусловленные, по-видимому, относительной депривацией — негативные социальные сравнения сопрягаются с чувством психологической незащищенности даже в развитых социальных демократиях.

Таким образом, полученные в исследовании результаты подтверждают теоретические соображения о важной роли психологических ресурсов личности для здоровья — их дефицит негативно сказывается на его состоянии. Эти ресурсы вносят определенный вклад в объяснение социально-структурных неравенств в здоровье. Они выступают в роли медиатора, связывая положение индивидов в социальной структуре с их самочувствием. Находит подтверждение и предположение о зависимости медиативных психологических эффектов от макро общественного контекста — они с особой выразительностью проступают в странах с ограниченными возможностями защиты государством уязвимых слоев, и оказываются менее отчетливыми там, где эти ограничения не столь выражены. В первых с особой определенностью обнаруживается неравномерность распределения психологических резервов по слоям общественной пирамиды — с недостатком в нижних социальных стратах. В развитых

странах высокий уровень благосостояния и социальная защита со стороны государства позволяют представителям этих страт сохранять уверенность в своей состоятельности, надеяться на перемены в жизни к лучшему, быстро восстанавливаться при столкновении с жизненными трудностями, поэтому психологические резервы оказываются распределенными в обществе более равномерно, чем в посткоммунистических странах, где особенно острыми являются материальные нужды значительного сегмента населения, которые государство оказывается не в состоянии компенсировать. Однако при учете относительной депривации, вызывающей стрессы социального сравнения у представителей менее благополучных слоев, эти преимущества развитых стран нивелируются, и посредническая роль психологических резервов становится столь же отчетливой, как и в восточноевропейских странах.

Литература

Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. (2012). Социально-психологические факторы в формировании сферы здоровья личности. *Обзорные психиатрии и медицинской психологии*, 3: 3–8.

Ивлев Е.В., Микляева Ф.И., Кожемякина О.А., Рудыхина О.В. (2017) Психосоциальные ресурсы здоровья учащейся молодежи в отечественных и зарубежных эмпирических исследованиях. *Известия российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена*, 186: 19–31.

Канева М.А. (2016). Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян. *Национальные интересы: приоритеты и безопасность*, 6: 158–171.

Канева М.А., Байдин В.М. (2019) Неравенство в доходе и самооценка здоровья в России. *ЭКО*, 12: 105–123.

Кислицына О.А. (2015) Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений. *Журнал исследований социальной политики*, 13(2): 289–302.

Лядова А.В. (2021) Социальное неравенство и проблемы здоровья в научном дискурсе: историко-сравнительный анализ. *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*, 27(1): 36–71.

Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. (2018) Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. *Кардиология*, 58(11): 5–16.

Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. (2017) Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 16(5): 20–26.

Римашевская Н.М., Кислицына О.А. (2004) Неравенство доходов и здоровье. *Народонаселение*, 2: 5–17.

Русинова Н.Л. (2019) Социальные неравенства в здоровье: посредническая роль материальных лишений и психологических ресурсов. *Демографическое обозрение*, 3: 6–30.

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

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2018) Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «уверенность в себе» в Европе и России. *Социологический журнал*, 4: 30–53.

Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2019) Психологические ресурсы, материальные лишения и здоровье в Европе: прямое влияние и медиация неравенств по образованию. *Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований*. 5: 23–38.

Тапилина В.С. (2004) Социально-экономический статус и здоровье населения. *Социологические исследования*, 3: 126–137.

Хабибуллина А.Р., Александрова Е.А., Аистов А.В. (2021) Оценки неравенства в здоровье россиян. *Вопросы экономики*, 3:117–138.

Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S.L. (1994) Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1): 15–24.

Boehm J.K., Chen Y., Williams D.R., Ryff C., Kubzansky L.D. (2015) Unequally distributed psychological assets: Are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? *PLoS ONE*, 10(2): e0118066.

Boehm J.K., Kubzansky L.D. (2012) The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4): 655–691.

Bonanno G.A. (2004) Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1): 20–28.

Bosma H., Van Jaarsveld C.H., Tuinstra J., Sanderman R., Ranchor A.V., Van Eijk J.T, Kempen G.I. (2005) Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socio-economic differences in heart disease in older persons. *Social Science & Medicine*, 60(4): 737–745.

Bosma H, van de Mheen H.D. Mackenbach J.P. (1999) Social class in childhood and general adult health in adulthood: a questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318(7175): 18–22.

Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. (1999) Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *British Medical Journal*. 319(7223): 1469–1470.

Bretherton S.J., McLean L.A. (2015) Interrelations of stress, optimism and control in older people's psychological adjustment. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2): 103–108.

Brunwasser S.M., Gillham J.E., Kim E.S. (2009) A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77: 1042–1054.

Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C. (2010) Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7): 879–89.

Chipperfield J.G., Campbell D.W., Perry R.P. (2004) Stability in perceived control implications for health among very old community-dwelling adults. *Journal of Aging and Health*, 16(1): 116–147.

Cohen B., Panguluri P., Na B., Whooley M. (2010) Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Research*, 175(1–2): 133–137.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.4 (2012) NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

Festini K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M. (2017) Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population. *PLoS ONE*, 12(8): e0178929.

Finkelstein D.M., Kubzansky L.D., Capitman J., Goodman E. (2007) Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health*, 40(2): 127–134.

Gallo L.C., Matthews K.A. (2003) Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1): 10–51.

Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. (2010) *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools* [<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>] (дата обращения: 16.02.2021).

Giltay E.J., Kamphuis M.H., Kalmijn S., Zitman F.G., Kromhout D. (2006) Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4): 431–436.

Haddadi P., Besharat M.A. (2010) Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 5: 639–642.

Hayes A.F. (2018) *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. 2nd ed. N.Y., L.: The Guilford Press.

Heinonen K., Räikkönen K., Matthews K.A., Scheier M.F., Raitakari O.T., Pulkki L., Keltikangas-Järvinen L. (2006) Socioeconomic status in childhood and adulthood: associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74(4): 1111–1126.

Helzer E.G., Jayawickreme E. (2015) Control and the “good life”: Primary and secondary control as distinct indicators of well-Being. *Social Psychological and Personality Science*, 6: 653–660.

Hofmann W., Luhmann M., Fisher R.R., Vohs K.D., Baumeister R.F. (2013) Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82: 265–277.

Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. (2013) *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. L.: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.

Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H. (2011) Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47(1): 9–18.

International Labour Office (2012) *International Standard Classification of Occupations: ISCO 08*. Vol. I. Geneva: ILO. [<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>] (дата обращения: 16.02.2021).

Kan C., Kawakami N., Karasawa M., Love G.D., Coe C.L., Miyamoto Y., Ryff C.D., Kitayama S., Curhan K.B., Markus H.R. (2014) Psychological resources as mediators of the association between social class and health: comparative findings from Japan and the USA. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1): 53–65.

Kepka S., Baumann C., Anota A., Buron G., Spitz E., Auquier P., Mercier M. (2013) The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: Data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1): 134.

Kristenson M., Eriksen H.R., Sluiter J.K., Starke D., Ursin H. (2004) Psychological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine*, 58(8): 1511–1522.

Lachman M.E., Agrigoroaei S. (2010) Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLoS ONE*, 5(10): e13297.

Liu Y., Wang Z., Li Z. (2012) Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 52: 833–838.

Liu, Y., Wang Z., Zhou C., Li T. (2014) Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66: 92–97.

Lu W., Wang Z., Liu Y., Zhang H. (2014) Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Personality and Individual Differences*, 63: 128–133.

Mackenbach J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E.; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in

Health (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358 (23): 2468–2481.

Margraf J., Zhang X.C., Lavalley K.L., Schneider S. (2020) Longitudinal prediction of positive and negative mental health in Germany, Russia, and China. *PLoS ONE*, 15(6): e0234997.

Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D. (1998) Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *Milbank Quarterly*, 76(3): 403–448.

Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F. (1997) Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44(6): 901–910.

Marmot M., Wilkinson R.G. (eds.) (2006) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Masten A.S., Monn A.R. (2015) Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 64(1): 5–21.

Matthews K.A., Gallo L.C. (2011) Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62: 501–530.

McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T.E., Mihalko S.L. (2000) Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2): 131–139.

Nabi H., Koskenvuo M., Singh-Manoux A., Korkeila J., Suominen S., Korkeila K., Vahtera J., Kivimäki M. (2010) Low pessimism protects against stroke: The Health and Social Support (HeSSup) prospective cohort study. *Stroke*, 41(1): 187–190.

Niemeyer H., Bieda A., Michalak J., Schneider S., Margraf J. (2019) Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM — Population Health*, 29(7): 100392.

O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A. (2008) Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(8): 1241–1247.

Orth U., Robins R.W., Trzesniewski K.H., Maes J., Schmitt M. (2009) Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3): 472–478.

Parrish B.P., Cohen L.H., Laurenceau J.P. (2011) Prospective relationship between negative affective reactivity to daily Stress and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30: 270–296.

Pechmann C., Petermann F., Brahler E., Decker O., Schmidt S. (2014) Resilience and psychological impairment in adulthood: The impact of age and social inequality. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64: 354–363.

Petersen L.R., Clark M.M., Novotny P., Kung S., Sloan J.A., Patten C.A., Vickers K.S., Rummans T.A., Frost M.H., & Colligan R.C. (2008) Relationship of optimism-

pessimism and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4): 15–32.

Puig-Perez S., Hackett R.A., Salvador A., Steptoe A. (2017) Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 diabetes. *Psychophysiology*, 54(4): 536–543.

Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009) Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3): 239–256.

Robb K.A., Simon A.E., Wardle J. (2009) Socioeconomic disparities in optimism and pessimism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(4): 331–338.

Rosenberg M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ross C.E., Mirowsky J. (2003) Social structure and psychological functioning: Distress, perceived control and trust. In: DeLamater J. (ed.) *Handbook of social psychology*. N.Y.: Kluwer-Plenum Press: 411–450.

Roy B., Diez-Roux A., Seeman T., Ranjit N., Shea S., & Cushman M. (2010) Association of optimism and pessimism with inflammation and Optimism and stress in older diabetics 7 hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*, 72(2): 134–140.

Seeman M., Lewis S. (1995) Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*, 41(4): 517–525.

Scheier M.F., Carver C.S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2): 201–228.

Schnittker J. (2004) Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: A critical appraisal of four common factors. *Social Biology*, 51(1–2): 1–23.

Schou I., Ekeberg Ø., Ruland C.M. (2005) The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14(9): 718–727.

Schure M.B., Odden M., Goins R.T. (2013) The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The Native Elder Care Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. 20(2): 27–41.

Southwick S.M., Vythilingam M., Charney D.S. (2005) The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 255–291.

Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., Raghunathan T., Salonen J.T., Kaplan G.A. (2004) Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study. *Annals of Epidemiology*, 14(1): 58–65.

Surtees P.G., Wainwright N.W., Luben R., Wareham N.J., Bingham S.A., Khaw K.T. (2010) Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk. *Health Psychology*, 29(4): 412–420.

Tangney J.P., Baumeister R.F., Boone A.L. (2004) High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72: 271–324.

Taylor S.E., Broffman J.I. (2011) Psychosocial resources: Functions, origins, and links to mental and physical health. In: Olson J.M., Zanna M.P. (eds.) *Advances in experimental social psychology* Vol. 44. N.Y.: Academic Press: 1–57.

Taylor S.E., Brown J. (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103: 193–210.

Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M. (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*. 55(1): 99–109.

Taylor S.E., Seeman T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210–225.

Wagnild G.M., Young H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2): 165–178.

World Social Protection Report 2014/15: World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice (2014). International Labour Office. Geneva: ILO.

HEALTH INEQUALITIES AND PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES IN EUROPEAN COUNTRIES

Nina L. Rusinova (nrusinova@gmail.com),
Viacheslav V. Safronov (vsafonov@list.ru)

Sociological Institute, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

Citation: Rusinova N.L., Safronov V.V. (2022) Neravenstva v zdorov'ye i psikhologicheskiye resursy lichnosti v yevropeyskikh stranakh [Health inequalities and personal psychological resources in European countries]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 25(3): 150–186 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2022.25.3.7>

Abstract. The article examines the problem of the dependence of the state of health and its social structuring on the psychological resources of the individual and the characteristics of the manifestation of these dependencies in macro-social contexts. The analysis of survey data from the European Social Survey (ESS) relating to two groups of countries — with a weak and a strong social state, was carried out using regression modeling with indirect effects, which allows to compare parallel mediators, as well as to reveal the moderated mediation by contextual factors. The results confirm theoretical considerations about the important role of psychological resources, including 'autonomy-control', 'optimism', 'high personal self-esteem', 'resilience' and 'competence', for health,

as measured by the self-rated scale, — their deficiency negatively affects health status. These resources also contribute in some way to explaining socio-structural inequalities in health related to education, occupational status and subjective status. They act as a mediator, linking the position of individuals in the social structure with their self-rated health, since psychological resources are unevenly distributed across the social structure, with a deficit in the lower strata, and are important for health. It has been shown that mediative psychological effects depend on the macro public context — they are more pronounced in countries with low public social spending and less pronounced in developed social democracies with high rates of such spending. This conclusion refers to inequalities in education and profession, but not in subjective status — in this case, mediation was equally distinct in all countries.

Keywords: health, socio-structural inequalities, psychological resources, mediation effects, European countries, welfare state

References

- Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., Cohen S., Folkman S., Kahn R.L., Syme S.L. (1994) Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1): 15–24.
- Boehm J.K., Chen Y., Williams D.R., Ryff C., Kubzansky L.D. (2015) Unequally distributed psychological assets: Are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? *PLoS ONE*, 10(2): e0118066.
- Boehm J.K., Kubzansky L.D. (2012) The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. *Psychological Bulletin*, 138(4): 655–691.
- Bonanno G.A. (2004) Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1): 20–28.
- Bosma H., Van Jaarsveld C.H., Tuinstra J., Sanderman R., Ranchor A.V., Van Eijk J.T., Kempen G.I. (2005) Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socioeconomic differences in heart disease in older persons. *Social Science & Medicine*, 60(4): 737–745.
- Bosma H., van de Mheen H.D., Mackenbach J.P. (1999) Social class in childhood and general adult health in adulthood: a questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*, 318(7175): 18–22.
- Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. (1999) Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *British Medical Journal*. 319(7223): 1469–1470.
- Bretherton S.J., McLean L.A. (2015) Interrelations of stress, optimism and control in older people's psychological adjustment. *Australasian Journal on Ageing*, 34(2): 103–108.
- Brunwasser S.M., Gillham J.E., Kim E.S. (2009) A meta-analytic review of the Penn Resiliency Program's effect on depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77: 1042–1054.
- Carver C.S., Scheier M.F., Segerstrom S.C. (2010) Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7): 879–89.

Chipperfield J.G., Campbell D.W., Perry R.P. (2004) Stability in perceived control implications for health among very old community-dwelling adults. *Journal of Aging and Health*, 16(1): 116–147.

Cohen B., Panguluri P., Na B., Whooley M. (2010) Psychological risk factors and the metabolic syndrome in patients with coronary heart disease: Findings from the Heart and Soul Study. *Psychiatry Research*, 175(1–2): 133–137.

ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.4 (2012) NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC.

Festini K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M. (2017) Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population. *PLoS ONE*, 12(8): e0178929.

Finkelstein D.M., Kubzansky L.D., Capitman J., Goodman E. (2007) Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health*, 40(2): 127–134.

Gallo L.C., Matthews K.A. (2003) Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129(1): 10–51.

Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. (2010) *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools* [<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>] (accessed: 16.02.2021).

Giltay E.J., Kamphuis M.H., Kalmijn S., Zitman F.G., Kromhout D. (2006) Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death: The Zutphen Elderly Study. *Archives of Internal Medicine*, 166(4): 431–436.

Haddadi P., Besharat M.A. (2010) Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia — Social and Behavioral Sciences*, 5:639–642.

Hayes A.F. (2018) *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. 2nd ed. New York; London: The Guilford Press.

Heinonen K., Räikkönen K., Matthews K.A., Scheier M.F., Raitakari O.T., Pulkki L., Keltikangas-Järvinen L. (2006) Socioeconomic status in childhood and adulthood: associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*, 74(4): 1111–1126.

Helzer E.G., Jayawickreme E. (2015) Control and the “good life”: Primary and secondary control as distinct indicators of well-being. *Social Psychological and Personality Science*, 6: 653–660.

Hofmann W., Luhmann M., Fisher R.R., Vohs K.D., Baumeister R.F. (2013) Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of Personality*, 82: 265–277.

Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. (2013) *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.

Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H. (2011) Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47(1): 9–18.

International Labour Office (2012) *International Standard Classification of Occupations: ISCO 08*. Vol. I. Geneva: ILO. [<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>] (accessed: 16.02.2021).

Ivlev E., Kozhemyakina O., Miklyaeva A., Rudykhina O. (2017) Psichososial'nyye resursy zdorov'ya uchashcheyasya molodezhi v otechestvennykh i zarubezhnykh empiricheskikh issledovaniyakh [Psychosocial resources of health of the studying youth in domestic and foreign empirical researches]. *Izvestiya rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena* [Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Sciences], 186: 19–31 (in Russian).

Kan C., Kawakami N., Karasawa M., Love G.D., Coe C.L., Miyamoto Y., Ryff C.D., Kitayama S., Curhan K.B., Markus H.R. (2014) Psychological resources as mediators of the association between social class and health: comparative findings from Japan and the USA. *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(1): 53–65.

Kaneva M.A. (2016) Sotsial'no-ekonomicheskiye, povedencheskiye i psichologicheskiye determinanty samoootsenki zdorov'ya rossiyan [Socio-economic, behavioral and psychological determinants of the Russian population's self-reported health assessment]. *Natsional'nyye interesy: priority i bezopasnost'* [National interests: Priorities and security], 6: 158–171 (in Russian).

Kaneva M.A., Baidin V.M. (2019). Neravenstvo v dokhode i samoootsenka zdorov'ya v Rossii [Income inequality and self-assessed health in Russia]. *ECO [ECO]*, 12: 105–123 (in Russian).

Kepka S., Baumann C., Anota A., Buron G., Spitz E., Auquier P., Mercier M. (2013) The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: Data from the SATISQOL study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11(1): 134.

Khabibullina A.R., Aleksandrova E.A., Aistov A.V. Otsenki neravenstva v zdorov'ye rossiyan [Estimates of health inequality among Russians]. *Voprosy ekonomiki* [Voprosy Ekonomiki], 3: 117–138 (in Russian).

Kislitsyna O.A. (2015) Vliyaniye sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na sostoyaniye zdorov'ya: rol' absolyutnykh ili otnositel'nykh lisheniy [The impact of socioeconomic factors on health status: the role of absolute or relative deprivation]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki* [The Journal of Social Policy Studies], 13(2): 289–302 (in Russian).

Kristenson M., Eriksen H.R., Sluiter J.K., Starke D., Ursin H. (2004) Psychobiological mechanisms of socioeconomic differences in health. *Social Science and Medicine*, 58(8): 1511–1522.

Lachman M.E., Agrigoroaei S. (2010) Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLoS ONE*, 5(10): e13297.

Liadova A.V. (2021) Sotsial'noye neravenstvo i problemy zdorov'ya v nauchnom diskurse: istoriko-sravnitel'nyy analiz [Social inequality and health: the historical and sociological study]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sotsiologiya i politologiya* [Moscow State University Bulletin. Series 18. Sociology and Political Science], 27(1): 36–71 (in Russian).

Liu Y., Wang Z., Li Z. (2012) Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 52: 833–838.

Liu, Y., Wang Z., Zhou C., Li T. (2014) Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66: 92–97.

Lu W., Wang Z., Liu Y., Zhang H. (2014) Resilience as a mediator between extraversion, neuroticism and happiness, PA and NA. *Personality and Individual Differences*, 63: 128–133.

Mackenbach J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*, 75(4): 761–769.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E.; European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358 (23): 2468–2481.

Margraf J., Zhang X.C., Lavalley K.L., Schneider S. (2020) Longitudinal prediction of positive and negative mental health in Germany, Russia, and China. *PLoS ONE*, 15(6): e0234997.

Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., Marks N.F., Bumpass L.L., Ryff C.D. (1998) Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *Milbank Quarterly*, 76(3): 403–448.

Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F. (1997) Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44(6): 901–910.

Marmot M., Wilkinson R.G. (eds.) (2006) *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press.

Masten A.S., Monn A.R. (2015) Child and family resilience: A call for integrated science, practice, and professional training. *Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 64(1): 5–21.

Matthews K.A., Gallo L.C. (2011) Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62: 501–530.

McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T.E., Mihalko S.L. (2000) Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 22(2): 131–139.

Nabi H., Koskenvuo M., Singh-Manoux A., Korkeila J., Suominen S., Korkeila K., Vahtera J., Kivimäki M. (2010) Low pessimism protects against stroke: The Health and Social Support (HeSSup) prospective cohort study. *Stroke*, 41(1): 187–190.

Niemeyer H., Bieda A., Michalak J., Schneider S., Margraf J. (2019) Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM — Population Health*, 29(7): 100392.

O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A. (2008) Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(8): 1241–1247.

Orth U., Robins R.W., Trzesniewski K.H., Maes J., Schmitt M. (2009) Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young to old age. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3): 472–478.

Parrish B.P., Cohen L.H., Laurenceau J.P. (2011) Prospective relationship between negative affective reactivity to daily Stress and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30: 270–296.

Pechmann C., Petermann F., Brahler E., Decker O., Schmidt S. (2014) Resilience and psychological impairment in adulthood: The impact of age and social inequality. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 64: 354–363.

Petersen L.R., Clark M.M., Novotny P., Kung S., Sloan J.A., Patten C.A., Vickers K.S., Rummans T.A., Frost M.H., & Colligan R.C. (2008) Relationship of optimism–pessimism and health-related quality of life in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 26(4): 15–32.

Pogosova N.V., Boitsov S.A., Oganov R.G. et al. (2018) [Psychosocial risk factors in ambulatory patients with arterial hypertension and ischemic heart disease of 30 cities in Russia: Data from the KOMETA (Comet) Study]. *Kardiologiya* [Cardiology], 58(11): 5–16. (in Russian).

Pogosova N.V., Oganov R.G., Boytsov S.A. et al. (2017). Psikhosotsial'nyye faktory i kachestvo zhizni u patsiyentov s ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa: rezul'taty rossiyskoy chasti mezhdunarodnogo mnogotsentrovogo issledovaniya EUROASPIRE IV [Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the Russian part of International multicenter study EUROASPIRE IV]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention], 16(5): 20–26 (in Russian).

Puig-Perez S., Hackett R.A., Salvador A., Steptoe A. (2017) Optimism moderates psychophysiological responses to stress in older people with Type 2 diabetes. *Psychophysiology*, 54(4): 536–543.

Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009) Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3): 239–256.

Rimashevskaya N.M., Kislitsyna O.A. (2004) Neravenstvo dokhodov i zdorov'ye [Income inequality and health]. *Narodonaseleniye* [Population], 2: 5–17 (in Russian).

Robb K.A., Simon A.E., Wardle J. (2009) Socioeconomic disparities in optimism and pessimism. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(4): 331–338.

Rosenberg M. (1965) *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ross C.E., Mirowsky J. (2003) Social structure and psychological functioning: Distress, perceived control and trust. In: DeLamater J. (ed.) *Handbook of social psychology*. New York: Kluwer-Plenum Press: 411–450.

Roy B., Diez-Roux A., Seeman T., Ranjit N., Shea S., & Cushman M. (2010) Association of optimism and pessimism with inflammation and Optimism and stress in older diabetics 7 hemostasis in the multi-ethnic study of atherosclerosis (MESA). *Psychosomatic Medicine*, 72(2): 134–140.

Rusinova N.L. (2019) Sotsial'nyye neravenstva v zdorov'ye: posrednicheskaya rol' material'nykh lisheniy i psikhologicheskikh resursov [Social inequalities in health: The mediating role of material deprivation and psychological resources]. *Demograficheskoye obozreniye* [Demographic Review], 3: 6–30 (in Russian).

Rusinova N.L., Safronov V.V. (2017) Personal'nyye psikhologicheskiye resursy i sotsial'nyye neravenstva v zdorov'ye: vyrazhennost' bufer'nogo effekta v yevropeyskikh stranakh [Personal psychological resources and social inequalities of health: The strength of the buffer effect in European countries]. *Demograficheskoye obozreniye* [Demographic Review], 3: 59–87 (in Russian).

Rusinova N.L., Safronov V.V. (2018) Psikhologicheskiye mediatory sotsial'nykh neravenstv v zdorov'ye: «uverennost' v sebe» v Yevrope i Rossii [The psychological mediators of social inequalities in health: Self-efficacy in Europe and Russia]. *Sotsiologicheskii zhurnal* [Sociological Journal], 4: 30–53 (in Russian).

Rusinova N.L., Safronov V.V. (2019) Psikhologicheskiye resursy, material'nyye lisheniya i zdorov'ye v Yevrope: pryamoye vliyaniye i mediatsiya neravenstv po obrazovaniyu [Psychological resources, material deprivation and health in Europe: Direct effects and mediation of educational inequalities]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy* [Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research], 5: 23–38 (in Russian).

Seeman M., Lewis S. (1995) Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*, 41(4): 517–525.

Scheier M.F., Carver C.S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2): 201–228.

Schnittker J. (2004) Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: A critical appraisal of four common factors. *Social Biology*, 51(1–2): 1–23.

Schou I., Ekeberg Ø., Ruland C.M. (2005) The mediating role of appraisal and coping in the relationship between optimism-pessimism and quality of life. *Psycho-Oncology*, 14(9): 718–727.

Schure M.B., Odden M., Goins R.T. (2013) The association of resilience with mental and physical health among older American Indians: The Native Elder Care Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*. 20(2): 27–41.

Southwick S.M., Vythilingam M., Charney D.S. (2005) The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1: 255–291.

Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., Raghunathan T., Salonen J.T., Kaplan G.A. (2004) Self-esteem and mortality: prospective evidence from a population-based study. *Annals of Epidemiology*, 14(1): 58–65.

Surtees P.G., Wainwright N.W., Luben R., Wareham N.J., Bingham S.A., Khaw K.T. (2010) Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk. *Health Psychology*, 29(4): 412–420.

Tangney J.P., Baumeister R.F., Boone A.L. (2004) High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72: 271–324.

Tapilina V.S. (2004) Sotsial'no-ekonomicheskii status i zdorov'ye naseleniya [Socio-economic status and health of the population]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Sociological research], 3: 126–137 (in Russian).

Taylor S.E., Broffman, J.I. (2011) Psychosocial resources: Functions, origins, and links to mental and physical health. In: Olson J.M., Zanna M.P. (eds.) *Advances in experimental social psychology* Vol. 44. New York: Academic Press: 1–57.

Taylor S.E., Brown J. (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103: 193–210.

Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M. (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*. 55(1): 99–109.

Taylor S.E., Seeman T.E. (1999) Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896: 210–225.

Wagnild G.M., Young H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2): 165–178.

Wasserman L.I., Trifonova E.A. (2012) Sotsial'no-psikhologicheskiye faktory v formirovaniy sfery zdorov'ya lichnosti [Sociopsychological factors influencing individual health]. *Obozreniye psikiatrii i meditsinskoy psikhologii* [Review of psychiatry and medical psychology], 3: 3–8.

World Social Protection Report 2014/15: World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice (2014) International Labour Office. Geneva: ILO.