

# СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ФАКТОРОВ ФОРМИРОВАНИЯ И ВОСПРОИЗВОДСТВА СТАТУСНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ

*Сания Исааковна Бояркина* (s.boyarkina@socinst.ru),  
*Дарья Константиновна Ходоренко*

Социологический институт РАН — филиал Федерального  
научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук  
Санкт-Петербург, Россия

**Цитирование:** Бояркина С.И., Ходоренко Д.К. (2020) Теоретические подходы к изучению факторов формирования и воспроизводства статусных неравенств в здоровье. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 23(5): 41–72.  
<https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.5.2>

**Аннотация.** Представлены результаты исследования теоретических взглядов на статусные неравенства в здоровье с момента их зарождения до наших дней, описаны предпосылки возникновения таких неравенств, обозначено взаимное влияние подходов, ключевые положения, специфика аналитических и объяснительных моделей. Описаны процессы становления статической и динамической парадигм исследования, их истоков, концептуальных оснований и методологических различий. Появление проблематики статусных неравенств в здоровье связано с периодом индустриализации западных обществ, в которых изменение структуры рынка труда сопровождалось нарастающей урбанизацией, увеличением плотности городского населения, ростом социального неравенства и смертности от инфекционных заболеваний среди представителей материально депривированных групп, ставших объектом первых эмпирических исследований. Происходившие социально-эпидемиологические процессы требовали внимания исследователей в первую очередь из практических соображений обеспечения безопасности жизни людей. По мере развития отраслей научного знания, в центре внимания которых находились проблемы жизнедеятельности отдельных людей и их сообществ, происходило формирование дисциплинарно-специфических оснований исследований причин неравенств в здоровье. В течение последних 40 лет изучение статусных неравенств в здоровье сопровождалось расширением представлений о факторах, оказывающих влияние на здоровье в различных статусных группах, и развитием методологии исследований, предполагавших необходимость изучения интеракций между уровнями социальной организации и механизмов индивидуальной социальной и психологической адаптации к изменяющимся условиям социальной реальности.

**Ключевые слова:** теория социологии здоровья, социальный статус, статусные неравенства в здоровье, жизненный путь.

## Введение

Социальные неравенства сопровождают развитие обществ с момента их зарождения. Они определяются различиями в способностях и возможностях людей, спецификой социальной среды их существования и, в свою очередь, определяют степень благополучия их жизни и здоровья. Социологическая теория предполагает существование ряда оснований для формирования социальных неравенств, конструируемых на всех уровнях социальной организации: институциональных факторов, материальной среды, культурных, поведенческих, индивидуальных социально-психологических и статусных детерминант, из которых наибольшее влияние на положение индивида в обществе оказывают доход, образование и трудовая занятость. Статусные различия обуславливают возможности доступа к жизненно важным ресурсам поддержания здоровья и приводят к формированию статусных неравенств в здоровье и неравномерному распределению в обществе рисков заболеваемости и преждевременной смертности (Link, Phelan 1995: 80–94).

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют о том, что для социально неблагополучных групп населения — малообразованных, занятых на наименее престижных и низкооплачиваемых работах, располагающих низкими доходами, характерен наиболее низкий уровень здоровья. С позиций современной теории социологии здоровья это объясняется тем, что люди, находящиеся на нижних ступенях социальной иерархии, имеют ограниченный доступ к медицинской помощи, худшие условия проживания, меньшие возможности контроля собственной жизни. Они чаще сталкиваются с серьезными жизненными проблемами, в большей мере подвергаются воздействию хронических стрессов, способных провоцировать появление деструктивных в отношении здоровья поведенческих практик, в том числе употребление алкоголя, наркотических средств, курение (Cutler et al. 2006: 97–120).

Социальный статус не только оказывает влияние на здоровье взрослых, но и формирует различия в здоровье детей, рожденных в семьях, находящихся на разных ступенях социальной иерархии. Изменения социального положения, происходящие по мере перехода индивида в старшие возрастные группы, также отражаются на состоянии здоровья. Так, повышение социально-экономического статуса относительно статуса родительской семьи компенсирует последствия негативного влияния условий жизни в детстве и приводит к улучшению здоровья в среднем возрасте, а ухудшение материального благополучия во второй половине жизненного пути приводит к ухудшению здоровья в пожилом возрасте. Таким образом,

социальное положение оказывает воздействие на здоровье человека на протяжении всей жизни, и в каждом возрасте значение для здоровья дохода, образования и занятости (и их изменений) оказывается различным.

Изучение факторов и механизмов формирования и воспроизводства социальных неравенств, обнаруживаемых на разных этапах жизненного пути и приводящих к значительному снижению показателей здоровья в старших возрастных группах людей с низким социальным статусом, обретают особую актуальность в условиях глобального старения населения и связанной с этим необходимостью формирования здорового трудоспособного поколения.

Несмотря на значимость проблемы статусных неравенств в здоровье, теоретических исследований, посвященных этой тематике, относительно немного. В отечественной литературе практически отсутствуют теоретические работы, достаточно полно описывающие методологию изучения данной проблематики. Анализ немногочисленных зарубежных теоретических обзоров литературы позволяет обозначить две широкие аналитические перспективы изучения социальных неравенств в здоровье: статическую — основанную на рассмотрении взаимовлияния факторов материальной, культурной, институциональной среды, положения, занимаемого в социальной структуре, индивидуальных психологических и поведенческих реакций и состояния здоровья взрослого человека; и динамическую, в которой подчеркивается важность биологических, психологических и социальных изменений, происходящих на протяжении жизненного пути по мере перехода из одной возрастной группы в другую или от одного поколения к другому. В рамках этих подходов разработаны объяснительные теоретические модели, позволяющие анализировать влияние факторов материальной среды, культурно-поведенческих, индивидуальных социально-психологических характеристик, отдельных измерений социального статуса на здоровье, механизмы формирования и воспроизводства неравенств в здоровье как в кросс-секционном измерении в отдельных социальных группах, так и в лонгитюдном, на протяжении жизненного пути человека.

Цель данной работы — на основании обзора зарубежной социологической, медицинской (социально-эпидемиологической), психологической литературы, составляющей дисциплинарное поле социологии здоровья, составить схематическую модель эволюции теоретических подходов к изучению факторов и механизмов формирования и воспроизводства статусных неравенств в здоровье, обозначить их ключевых авторов и период возникновения теорий, получивших наибольшее распространение и прошедших эмпирическую проверку. Реализация этой цели позволит получить

наиболее полные структурированные представления о существующих теоретических подходах и обозначить их взаимное влияние в ходе междисциплинарного становления обозначенной проблематики.

### **Развитие теоретических представлений о факторах формирования и воспроизводства статусных неравенств в здоровье от истоков до наших дней**

Изучение влияния, оказываемого факторами условий жизни на здоровье, началось в первой половине 1800-х годов, когда гигиенисты обратили внимание на то, что среди представителей социальных групп, находящихся в схожих социальных обстоятельствах, распространены одни и те же болезни. Немногочисленные полевые эпидемиологические исследования того периода подтверждали влияние факторов материальной среды, труда и быта на распространение инфекционных болезней, что служило основанием для принятия политических решений по благоустройству городов и обеспечению безопасных условий жизни. Их результаты способствовали не только выявлению непосредственных причин распространения массовых заболеваний в условиях нарастающей урбанизации и индустриализации, но и поиску источников различий, наблюдаемых между представителями отдельных социальных групп.

Бедственное положение пролетариата в наиболее развитых странах Западной Европы в середине XIX в. и регистрируемая в рабочих кварталах высокая заболеваемость и смертность от инфекционных болезней, угрожающих благополучию состоятельных горожан, становились предметом научных дискуссий, в ходе которых сторонники материалистического подхода выдвигали гипотезу о том, что условия жизни низших слоев общества являются основным фактором снижения их здоровья и «физического вырождения» (Маркс 1867 [2001]).

Результаты эпидемиологических исследований заболеваемости и смертности среди представителей различных социальных страт неоднократно подтверждали, что преждевременная смертность в нижних социальных слоях связана с материальными условиями жизни в индустриальных городах, с районами, густо населенными бедными, малообразованными, политически бесправными рабочими, лишенными необходимых ресурсов для создания условий труда и быта, которые способствовали бы сохранению здоровья, и возможностей отстаивать свои права на обладание ими (Virchow 1848; Humphreys 1887).

Приверженцы субъективистского подхода связывали состояние здоровья с особенностями индивидуального поведения, объясняя плохое здоровье социально неблагополучных групп населения безответственным

или вредным для здоровья поведением и отсутствием привычки его поддерживать, создавая необходимую среду для себя и своих детей (Dyhouse 1978). Другую гипотезу о причинах худшего здоровья бедных слоев населения выдвигали последователи дарвинизма, считавшие, что социальное положение и возможности сохранения здоровья предопределены индивидуальными физическими, умственными и поведенческими особенностями, и низший класс рабочих ручного труда принадлежат к «порочному роду», имеющему наименьшие шансы быть здоровыми, уважаемыми и образованными. Предполагалось, что плохое здоровье, так же как и уровень интеллекта и социальных навыков, передается из поколения в поколение, и поэтому наследуемое социальное положение и уровень здоровья являются факторами социального отбора (Searle 1976). В социологии это направление было представлено трудами Г. Спенсера, экстраполировавшего положения теории Ч. Дарвина на человеческое общество и придавшего эволюционной теории новое звучание.

Лабораторные исследования врожденных поведенческих реакций и их психофизиологических оснований сторонниками дарвинизма сопровождалось появлением ряда специфических теорий — эмоций, стресса, гомеостаза, повлиявших на дальнейшее становление социально-психологического направления в социологии здоровья. Стресс был признан одним из факторов среды, нарушающим постоянство внутренней среды организма и оказывающим влияние на его деятельность (Cannon 1932), что позже привело к появлению стрессовой теории неравенств в здоровье и выявлению взаимосвязей между факторами стресса и развитием болезней. Более того, в ходе наблюдения реакций на стресс были выявлены различия в степени подверженности людей стрессовым воздействиям, депрессии, негативным эмоциям, что впоследствии позволило исследователям указать на роль психологических ресурсов личности в формировании статусных неравенств в здоровье.

Соотношение влияний, оказываемых биологическими, социально-средовыми, психологическими и статусными характеристиками на поведение человека, было переосмыслено в первых социологических работах, не затрагивавших проблематику здоровья, однако заложивших концептуальную основу для дальнейших исследований в этой области.

Э. Дюркгейм в ходе исследования причин суицидов, ставших в конце XIX в. одной из проблем европейских обществ, наряду с признанием влияния, оказываемого индивидуальными особенностями и личным выбором, обосновывал значимость социальных факторов: социального окружения, ориентаций на мнение окружающих и институциональных норм (Durkheim 1897 [1952; 2005]).

Двумя годами позже, в 1899 г., Т. Веблен публикует работу, в которой проводит детальный анализ присущих привилегированным сословиям предписанных и закрепленных классово-культурой стилей жизни, потребления, привычек, и объясняет их роль в детерминации поведения представителей высших слоев общества (Веблен 1984).

Изучение влияний культурных детерминант индивидуального поведения было продолжено М. Вебером, полагавшим, что поведение задается не только индивидуальным выбором (и осознанием шансов на его реализацию), но и нормами, ценностями и убеждениями социальной группы, к которой принадлежит индивид. Поведение, воспроизводимое представителями различных социальных групп, образует коллективные паттерны поведения — стили жизни, которые выражают определенные различия между статусными группами и позволяют осуществлять восходящую социальную мобильность, повышая свой социальный статус, ведя особый образ жизни, присущий членам группы и ожидаемый от них. Позже П. Бурдьё высказал гипотезу о том, что культурно-поведенческие особенности стиля жизни формируются в ходе ранней социализации и ограничиваются традиционными семейными формами поведения, обусловленными «дистанцией от необходимости»: чем меньше необходимость добывать экономические ресурсы, тем больше свободы и времени для развития личных вкусов и предпочтений.

Основная идея, воспринятая исследователями проблем здоровья, заключалась в том, что положение в социальном пространстве, определяющее различия в доступе к ресурсам, обуславливает специфику практик потребления и формирует различия в стилях жизни. Эта идея была положена в основание объяснения культурно-поведенческих механизмов формирования неравенств в здоровье представителей различных социальных классов, коллективных носителей субкультурных норм и ценностей, обуславливающих их привычки и поведение в отношении здоровья (Cockerham 1997).

Социологические взгляды Э. Дюркгейма и М. Вебера оказали существенное влияние на П. Сорокина, представления которого (1) о субъектах социальной мобильности, к которым относятся не только социальные перемещения индивидов, групп, но и социальные объекты (ценности), т.е. все то, что создано или модифицировано в процессе человеческой деятельности, и (2) о динамических характеристиках процессов социальной (профессиональной, экономической и политической) мобильности (они нестабильны, их интенсивность и всеобщность колеблется в рамках одной человеческой жизни, поколений и исторических периодов) впоследствии были заложены в фундамент концепции жизненного пути (Сорокин 1992).

Социальная мобильность и поведение людей в изменяющихся жизненных обстоятельствах изучались и в эмпирических работах того периода: с 1918 по 1921 г. были опубликованы результаты первого биографического исследования, посвященного анализу адаптационных форм поведения крестьян, мигрировавших в Америку в конце XIX — начале XX в., их историй жизни и жизненных траекторий (Блинова 2011). Его авторы, У. Томас и Ф. Знанецкий, являясь противниками позитивизма, подчеркивали необходимость «лонгитюдного подхода к истории жизни» и использования данных автобиографических записей (Ганжа, Зотов 2002; Elder et al. 2003). Хотя этот совет не был услышан примерно до 1950–1960-х годов, в предложенном подходе содержались альтернативные методологические основания для изучения индивидуальных различий в восприятии и преодолении трудных жизненных ситуаций, позволившие сформировать представления о статусных характеристиках, наследуемых или приобретаемых на протяжении жизненного пути, как о ресурсах, имеющих ценность для здоровья и подверженных изменениям в течение различных периодов времени.

В середине XX в. формирование концепции жизненного пути как методологической рамки, предполагающей изучение связей между личными трудностями, которые приходится преодолевать человеку, и историческим контекстом, в котором протекают жизни людей, происходило под влиянием основных эпидемиологических тенденции того периода. Начиная с 1950-х годов пандемии инфекционных болезней и международные военные конфликты, приводившие к массовой гибели населения европейских стран, остались в прошлом, существенно увеличилась продолжительность жизни, появились прежде не существовавшие старшие возрастные группы, обладающие особым социальным статусом. Эти изменения социально-возрастной структуры общества привели к появлению исследований, в центре внимания которых находились проблемы возрастного структурирования общества и тех социальных механизмов, которые упорядочивают жизнь людей в каждом возрасте.

В новаторских работах начала 1960-х годов, посвященных исследованиям жизненного цикла, ключевая роль в формировании возрастного статуса («age status») отводилась социальным и культурным нормам, воздействующим на человека через механизмы социализации и социального контроля, которые позволяют «подготовить» членов общества к происходящим переменам и обеспечить преемственность паттернов социального взаимодействия между представителями разных поколений (Heinz, Marshall 2003).

В начале 1970-х годов в обсуждении статусных различий возрастных групп возникает понятие возрастной стратификации, предполагающее,

что возрастная структура представляет собой иерархию возрастных категорий с нормами соответствующего поведения на каждом уровне, в рамках которой индивид, обладающий статусными и социально-психологическими ресурсами, может осуществлять восходящие и нисходящие переходы, динамика которых определяет индивидуальный жизненный курс (Marshall 2011). В целом на протяжении 1960–1970-х годов большинство исследований взаимосвязей социального положения и социально-психологических трудностей были ориентированы на узкий круг наиболее ранних и наиболее поздних жизненных переходов, обусловленных такими возрастными изменениями социального статуса, как переход от периода обучения к трудовой деятельности, выход на пенсию, вдовство. Наиболее часто исследуемой зависимой переменной была «удовлетворенность жизнью» (включая «моральный дух», «счастье» и «адаптацию»), главным образом рассматриваемая как результат влияния экономического благополучия, социальной интеграции и состояния здоровья (Marshall, Tindale 1978). Однако, несмотря на ограниченность исследовательских подходов, именно в этот период был заложен фундамент последующих эмпирических исследований неравенств в здоровье, формируемых различиями жизненного пути.

Во второй половине XX в. в предметном поле социологии здоровья сформировались два основных конкурирующих подхода к объяснению статусных неравенств в здоровье. Первый — объективистский, разрабатываемый, преимущественно в рамках социальной эпидемиологии и социальных наук — предполагал, что именно среда, ее материальные, культурные и институциональные характеристики предопределяют различия в здоровье людей, обладающих различным социальным статусом, а не их индивидуальные психологические и поведенческие особенности (Leavell 1955; Barker 1968). Эта гипотеза, основанная на накопленных знаниях о роли биологических (генетических), инвайронментальных, социально-структурных и индивидуальных факторов в распространении заболеваний среди представителей различных социальных групп, многократно подтверждалась в социально-эпидемиологических исследованиях, посвященных анализу факторов окружающей материальной, культурной среды, социальных процессов, которые создают условия формирования неравенств в здоровье, и факторов экономического (не)благополучия (в первую очередь бедности и безработицы и связанной с этим проблемой доступа к медицинской помощи), условий жизни, питания, негативных психологических влияний и связанных с ними форм поведения в отношении здоровья. Представляя убедительные доказательства зависимости различий в здоровье от обозначенных причин, социально-эпидемиологи-



ческий подход, в рамках которого были разработаны теория социального продуцирования болезней и экосоциальная теория, доминировал в исследовании статусных неравенств в здоровье примерно до конца 1990-х годов (Cassel 1964; Doyal 1979; Link, Phelan 1986; Krieger 1994; 2001).

Второй подход — субъективистский, основанный на взглядах представителей медицинских и психологических наук — утверждал наличие различий в психологических и поведенческих реакциях и резистентности, позволяющей человеку успешно справляться со стрессами и болезнями, используя индивидуальные психологические ресурсы и поддержку социального окружения. Пионерские исследования влияния психологических и поведенческих особенностей на развитие хронических болезней были проведены в США и Англии в клинических условиях и имели лонгитюдный дизайн. Фрамингемское исследование сердечно-сосудистых заболеваний, начатое в 1948 г. после смерти Рузвельта от геморрагического инсульта и продолжавшееся до 2012 г., позволило к 1960-м годам доказать деструктивное влияние поведенческих практик — курения и избыточного питания — на здоровье, а к 1970-м годам — подтвердить роль психосоциальных факторов (стресса) в развитии ишемической болезни сердца. Британское исследование 1951–1961 гг., проведенное Р. Доллом и Э. Хиллом, позволило подтвердить влияние курения на развитие рака легких. Эти первые исследования неинфекционных заболеваний привлекли внимание эпидемиологов к поведенческим факторам, способным приводить к возникновению и распространению хронических болезней (Биглхол, Бонита, Кьельстрем 1994), и в последующих эпидемиологических работах по отношению к деструктивным практикам в отношении здоровья начинает использоваться понятие рисков здоровью и здорового стиля жизни, направленного на их минимизацию. Такой подход к пониманию стиля жизни существенно отличался от предложенного социологами в конце XIX в. — его использовали для описания привычек, которые могут исследоваться независимо от остальных факторов, а не во взаимосвязи с социально-культурными характеристиками и индивидуальными поведенческими диспозициями (Frohlich 2001).

В 1951 г. Т. Парсонс высказал предположение, что объективные и субъективные факторы всегда воздействуют совместно, хотя их роль в противостоянии неблагоприятным условиям жизни неравнозначна. Он акцентировал внимание на том, что в ситуации болезни, когда собственных ресурсов оказывается недостаточно, чтобы справиться с напряжением, особое значение обретают взаимодействия с другими людьми и те ожидания, которые больной возлагает на социальное окружение, что предполагает наличие навыков построения социальных связей, в первую очередь

с членами семьи. С этой точки зрения наиболее важен период детства, поскольку отношения, выстраиваемые между детьми и родителями, предопределяют возможности накопления индивидуальных социально-психологических ресурсов, используемых на протяжении всего жизненного цикла (Parsons 1951). Взгляды Т. Парсонса оказали влияние на сформулированные позже теории социального капитала и теории жизненного пути и послужили основанием для появления категории «социально-психологические факторы неравенств в здоровье», к числу которых начали относить не только индивидуальные психологические особенности человека, но и характеристики социального окружения, обеспечивающего социальную поддержку и оказывающего влияние на особенности восприятия жизненной ситуации и поведение индивида в ситуации болезни.

Эмпирическая проверка гипотез, формулируемых представителями обозначенных подходов, не только позволила прояснить их отдельные положения, но и оказала влияние на дисциплинарное становление и развитие социологии здоровья, дальнейшую эволюцию теоретических представлений о факторах и механизмах формирования статусных неравенств в здоровье, что требует детального рассмотрения каждого из этих направлений.

*Развитие социально-эпидемиологических исследований.* В 1970-х — начале 1980-х годов социально-эпидемиологическое направление было представлено двумя наиболее масштабными количественными исследованиями материальных и образовательных различий в смертности. Результаты первого, проведенного в США на национальной репрезентативной выборке, подтвердили наличие монотонной обратной зависимости между доходом и смертностью и образованием и смертностью, которая становилась сильнее в возрастных группах 25–64 лет и ослабевала в группе старше 65 лет (Kitagawa, Hauser 1973). Второе исследование, проведенное в Англии и получившее широкую известность, — Black Report, позволило выявить различия в смертности среди представителей разных социальных классов, несмотря на создание Национальной службы здравоохранения. Статусные различия в здоровье сохранялись даже в том случае, когда учитывались многие важные проксимальные факторы риска заболеваний и когда обеспечивался равный доступ к медицинской помощи (Black et al. 1982; Macintyre 1997), что объяснялось растущим социальным неравенством в Англии и влиянием материальной депривации на группы обездоленных.

В целом в большинстве исследований, проводившихся до середины 1980-х годов, в качестве основной причины худшего здоровья представителей низших слоев общества рассматривали не доход, а бедность, опре-

деляемую через федеральные показатели уровня бедности (Adler, Ostrove 1999). Дизайн этих исследований предполагал сравнение социально-экономических групп, оказавшихся под чертой бедности, и тех, кто был выше нее. Предполагалось, что те, кто находится под чертой бедности, имеют большие риски заболеваемости и смертности в силу влияния материальной депривации, и что рост дохода в этих группах оказывает положительное влияние на здоровье вплоть до того момента, когда доход становится достаточным, чтобы переместить человека или семью из группы бедных в группу, находящуюся над чертой бедности, после чего дальнейшее увеличение доходов оказывает незначительное влияние на здоровье или не оказывает его совсем.

В конце 1980-х — начале 1990-х годов это предположение было опровергнуто в работах, представивших убедительные доказательства того, что менее образованные люди, занятые на менее статусных рабочих местах и располагающие меньшим доходом, но находящиеся выше черты бедности, испытывают больший риск плохого здоровья и преждевременной смертности по сравнению с теми, кто занимает более привилегированные позиции в социальной иерархии (Marmot et al. 1991; Adler 1994). Это явление, характеризующееся постепенным ухудшением здоровья на каждой более низкой ступени социальной лестницы, получило название «социального градиента», а его обнаружение в корне поменяло направление исследований в этой области.

Одна из наиболее обсуждаемых гипотез о причинах нарастания проблем со здоровьем по мере снижения социального статуса была сформулирована Б. Линк и Дж. Фелан, утверждавшими, что во всем многообразии детерминант распределения здоровья и болезней по социальной иерархии можно выделить наиболее значимые фундаментальные причины неравенств в здоровье (причины причин), и те причины, которые выступают в качестве факторов риска. Эта теория (*fundamental cause theory*) стала, пожалуй, одной из наиболее часто упоминаемых в современных работах, посвященных изучению неравенств в здоровье населения, причин и рисков возникновения/распространения болезней. Особенность фундаментальных оснований неравенств заключается в том, что они предполагают различия в доступе к статусным ресурсам (деньгам, образованию, власти, социальным связям), позволяющим минимизировать или избегать рисков здоровью даже при изменении профиля факторов рисков, из чего следует, что социальное положение оказывает влияние не только на факторы риска, которые привели к конкретной болезни в конкретный момент времени, но и на их причины и следствия (Link, Phelan 1995).

Однако проверка теории, проведенная в одном из первых международных сравнительных исследований, позволила сделать вывод о том, что выраженность статусных влияний на здоровье зависит не только от объема запасов индивидуальных ресурсов, но и от существующего социального контекста и социальной политики в отношении депривированных групп населения и, более широко, от возможности реализации гражданских прав и социальной справедливости, обеспечивающих гарантии доступа к ресурсам в изменяющихся исторических, культурных и политико-экономических условиях (Willson 2009).

Результаты последующих исследований, направленных на выявление общих причин градиентного характера связи между здоровьем и социально-экономическим положением (Doorslaer 1992; Kunst, Mackenbach 1994), подтверждали влияние принципов осуществления государственной социальной политики, функционирования социальных институтов, объемов социальных расходов и расходов на здравоохранение на статусные неравенства в здоровье. Выявленные различия позволили сформулировать три основные теории, раскрывающие механизмы оказываемого воздействия: режимный подход («Regime approach»), институциональный подход («Institutional approach») и расходный подход («Expenditure approach») (Bergqvist et al. 2013).

Режимный подход является наиболее распространенным независимо от того, что эмпирические исследования взаимосвязи здоровья и политических режимов дают противоречивые результаты. Его сторонники классифицируют страны в зависимости от особенностей «режима всеобщего благосостояния», обеспечиваемого проводимой в государстве политикой, существующими идеологией и политическими традициями, и выделяют «идеальные типы», объединенные общностью организации и принципов функционирования социальных структур и учреждений социального обеспечения (Dahl et al. 2012).

В рамках институционального подхода предполагается, что здоровье населения зависит от наличия социальных программ и социальной политики, направленной на адресную поддержку всех, кто в ней нуждается (Korpi, Palme 2007).

Основная гипотеза теории расходов заключается в том, что неравенства в здоровье между социальными группами, занимающими различное положение в социальной иерархии, обусловлены соотношением расходов на здравоохранение, осуществляемых государством (в процентах от ВВП), и расходов самих граждан (Gilbert 2009).

Исследования показали, что гарантии и поддержка, предоставляемые государством всеобщего благосостояния, оказывают благотворное влияние

не только на тех, кто занимает низкое положение в социальной иерархии, но и на представителей среднего класса. Однако оказалось, что даже в благополучных европейских странах, где государственная политика направлена на обеспечение граждан ресурсами, необходимыми для поддержания здоровья, неравенства в здоровье сохраняются, что объяснялось усилением социальной мобильности и социального отбора и характеристиками индивидуального социального статуса и поведенческих привычек, разрушающих здоровье (Mackenbach, Kunst 1999). Объяснить индивидуальные различия в степени рисков болезней, обусловленных изменениями возрастных/межпоколенных характеристик социального статуса и материальных условий жизни, которые зависят от динамики социальной карьеры, влияния социального контекста государства благосостояния и его институциональных оснований функционирования, позволили модели, предложенные на основании положений концепции жизненного пути (Lynch, Smith 2005).

В первых эпидемиологических моделях жизненного пути содержалась попытка выявить причины, по которым условия жизни в детстве приводят к росту рисков здоровью у взрослых и развитию хронических болезней в старших возрастных группах.

В модели кумулятивных воздействий (к которой относится и модель аккумуляирования рисков (the accumulation of risks model) доходные неравенства в здоровье представителей различных возрастных групп объяснялись тем, что накопление негативных эффектов для здоровья, возникающих в неблагоприятных условиях жизни и/или при деструктивном стиле жизни, происходит с течением времени, а степень наносимого ущерба определяется суммарным воздействием неблагоприятных факторов, продолжительностью и/или количеством вредных воздействий, т.е. их «дозой», приводящей к росту вероятности хронических заболеваний и преждевременной смерти (Lynch et al. 1997; Ben-Shlomo, Kuh 2002; Dannefer 2003; Cohen 2010).

В модели цепочек риска (chains of risk model) предполагалось, что риск развития болезни или, напротив, вероятность повысить уровень здоровья появляется в результате влияния цепочки последовательно возникающих взаимообусловленных воздействий биологических, психологических и социальных факторов и сопутствующих медиативных, модеративных и триггерных эффектов (Lynch 2003).

Модель критических периодов (the critical period model) описывает влияние, оказываемое на различия в здоровье факторов, воздействующих с начала внутриутробного развития до конца пубертатного периода, в критические и чувствительные периоды, последствия которых невозможно компенсировать в будущем (Ben-Shlomo, Kuh 2002; Kuh et al. 2003).

В результате эмпирической проверки моделей цепочек риска и критических периодов в возрастных группах от 25 до 75 лет было подтверждено, что статусные различия жизненного пути, ежедневные стрессовые воздействия и их тяжесть формируют аддитивную модель цепочек риска, которые, начинаясь в детстве и оказывая влияние на протяжении критических периодов, предопределяют благополучие и здоровье человека на протяжении всей последующей жизни (Surachman 2019).

Несмотря на эвристический потенциал этих моделей, которые позволили объяснить градиентный характер связи между социальным контекстом, социальным статусом родителей и наличием хронических болезней и функциональных ограничений у их детей, они не описывали неравенства как динамический конструкт, способный меняться с течением времени (Corna 2013), и не давали ответа на вопрос о причинах расширения неравенств в возрастных группах от 45 до 65 лет и их последующего сужения в группах старше 65 лет. В результате были предложены теории, объясняющие механизмы воздействия внутриспоколенных и межпоколенных изменений статуса на неравенства в здоровье как внутри стран, так и в сравнительной перспективе.

В рамках теории аккумуляции благоприятствующих/неблагоприятствующих обстоятельств (cumulative advantage/disadvantage theory — CAD) (Ross, Wu 1996) предполагалось, что динамика неравенств обусловлена двумя факторами: наличием ранних преимуществ, которые формируют дальнейшее благополучие и создают возможности, недоступные тем, кто изначально находился в менее выгодном положении, а значит, приводят к изначальному расхождению жизненного пути, индивидуальных социальных траекторий и осуществляемых статусных переходов, позволяющих индивиду накапливать ресурсы, предоставляющие ему преимущества перед теми, кто их не имеет.

В дополнение к теории аккумуляции благоприятствующих/неблагоприятствующих обстоятельств в отношении старших возрастных групп была предложена гипотеза о том, что возраст выступает фактором нивелирующим неравенства (age as leveller) в силу того, что действие аккумуляции неблагоприятных факторов смягчается под воздействием ряда обстоятельств: в старших возрастных группах биологические факторы становятся более значимы, чем социальные, и поэтому социальный статус не является основным фактором неравенств в здоровье; условия труда больше не оказывают существенного влияния на здоровье людей, вышедших на пенсию, в то же время представители этих возрастов являются целевой аудиторией программ охраны здоровья и получают большую поддержку от государства, что в целом приводит к снижению уровня

социальных неравенств в здоровье в развитых странах. Не менее важным фактором является селективная смертность, приводящая к тому, что в популяции остаются люди, прошедшие отбор под воздействием негативных жизненных обстоятельств, дожившие до преклонного возраста несмотря на трудности жизни, — наиболее здоровые, психологически адаптированные, образованные и экономически благополучные (Dupre 2007).

Исследование М. Дюпре выявило многочисленные методологические проблемы, связанные с изучением неравенств в состоянии здоровья среди пожилых людей и спровоцировало начало новых дискуссий о роли государства благосостояния, структурных факторов и индивидуальных психологических и поведенческих различий в формировании статусных различий в здоровье пожилых.

До появления кумулятивных теорий подавляющее большинство исследований связи между социальным контекстом, отдельными измерениями социального статуса и здоровьем были кросс-секционными и предполагали изучение прямого влияния экономических, образовательных, профессиональных характеристик на здоровье. Однако отдельные исследователи обнаруживали и обратное влияние — люди с плохим здоровьем имели более низкий уровень дохода, поскольку были вынуждены вкладывать материальные ресурсы в обеспечение доступа к медицинской помощи и необходимое лечение, а кроме того, им в большей степени грозил риск потерять работу или рано выйти на пенсию. Кроме того, было доказано, что хорошее здоровье в детстве в сочетании с экономическим благополучием семьи являются предиктором лучшего здоровья во взрослом состоянии не только в силу прямого влияния, оказываемого социальным статусом родительской семьи на здоровье, но и наоборот: в силу того, что более здоровые дети имели лучшие показатели академического успеваемости, больше шансов получить хорошее образование и найти престижную высокооплачиваемую работу, что могло обеспечить их ресурсами для поддержания здоровья (Smith 1999; Case et al. 2005). В результате была предложена реципрокная модель формирования и воспроизводства статусных неравенств в здоровье, предполагающая возможность как кросс-секционного, так и лонгитюдного дизайна исследования, и обосновывающая возможность изучения взаимовлияния отдельных факторов и их сочетаний и здоровья индивида на протяжении жизненного пути.

*Развитие социально-психологических исследований.* Во второй половине 1970-х годов на фоне реформирования психиатрической службы, направленной на улучшение материального и социального положения больных, создание комфортной среды, более гуманной и эффективной в медицинском плане и в то же время более экономически выгодной

для государства, возникает дискуссия о роли индивидуальных психологических особенностей пациента в процессе лечения. До этого момента врач, обладающий правом «называть болезнь» и устанавливать диагноз, являлся центральной фигурой биомедицинской модели, в которой значение имели лишь реальные проявления болезни, подлежащие устранению. Однако внимание исследователей было привлечено тем обстоятельством, что пациенты с одинаковым диагнозом по-разному воспринимали болезнь, что оказывало влияние на готовность лечиться и на результаты лечения. Эти наблюдения привели к появлению биопсихосоциальной модели, в которой обосновывалась необходимость учета в формировании различий в субъективном восприятии и объективном состоянии здоровья роли социального контекста, культурных и институциональных условий и стиля жизни человека, включая наличие стрессовых воздействий и имеющихся индивидуальных социально-психологических особенностей (Engel 1977).

Смещение фокуса внимания исследователей на психологические особенности индивида и различия в способах преодоления стрессов привело к осознанию роли психологических ресурсов в противостоянии стрессовым воздействиям, что сопровождалось возникновением многокомпонентных теорий (см., например: Kobasa 1979; Antonovsky 1984), предполагающих одновременное вовлечение в адаптационный механизм ряда ключевых ресурсов. Основная гипотеза заключалась в том, что психологические диспозиции образуют общую ось психологических свойств, которые служат основным фактором адаптации индивида к стрессовым воздействиям и способны аккумулироваться в течение жизни, формируя психологический резерв, используемый индивидом по мере необходимости для решения жизненных проблем. Эти теории, обладая значительной эвристической ценностью, спровоцировали разработку ряда новых интегративных подходов к осмыслению роли психологических ресурсов в адаптации индивида к стрессовым воздействиям (Русинова, Бояркина 2019). Позже основные положения концепции психологических ресурсов легли в основание модели резервного потенциала и последующих исследований медиативного и модеративного эффекта психологических ресурсов во взаимосвязи между социальным положением и здоровьем.

Активное изучение взаимосвязей психологических и индивидуальных статусных характеристик началось в конце 1980-х — 1990-х годах, когда после выхода знаковых работ П. Бурдые, Дж. Коулмена и Р. Патнэма в социальных науках прошла волна исследований, посвященных анализу роли социального и человеческого капиталов в различных областях общественной жизни, в том числе веские доказательства оказываемого влияния были



получены в исследованиях проблем индивидуального здоровья. Хотя гипотеза об использовании внешних и внутренних ресурсов в трудных жизненных ситуациях не являлась новой в исследованиях различий в здоровье, на что указали социальные эпидемиологи, сославшиеся на более ранние работы, в которых уже было доказано положительное влияние социальной поддержки на течение болезни (Berkman, Syme 1979), детализация существующих представлений и выделение специфических форм капитала и их носителей привели к развитию методологического противостояния между представителями социально-эпидемиологического и социально-психологического подходов к исследованию статусных неравенств в здоровье (см., например: Lynch et al. 2000; Wilkinson 1997), в результате которого концепты социальной поддержки (социальных сетей поддержки) и социального капитала оформились в самостоятельные направления. В последующих исследованиях социальный капитал стали понимать как коллективную социальную инфраструктуру, которая оказывает влияние на здоровье через развитие институтов гражданского общества, укрепление в обществе доверия между людьми и формирование культуры доверительных отношений, что способствуют минимизации стрессов, сопутствующих социальным конфликтам и изоляции, а социальные сети — как социальный ресурс, который служит источником психологической и материальной поддержки и в случае необходимости выступает буфером, смягчающим негативные последствия стрессов (Русинова, Сафронов 2014).

Другое теоретическое противостояние было вызвано открытием градиентного характера связи между социальным положением и уровнем здоровья и доминированием материалистических представлений о фундаментальных причинах выявленных неравенств, критика которых формулировалась в виде гипотезы о неравномерном воздействии социально-психологических факторов на людей, занимающих разное положение в социальной структуре. Предполагалось, что классовый градиент в здоровье, заболеваемости и смертности может объясняться не только различиями в абсолютных уровнях материальной обеспеченности, но и психосоциальными факторами, лежащими в основе восприятия относительного положения в социальной иерархии — большей подверженностью низкостатусных групп кумулятивным неблагоприятным воздействиям хронического стресса и депрессии, усиливающимся с понижением социально-экономического статуса, ограниченностью имеющихся запасов личностных и социальных ресурсов, также неравномерно распределенных по социальной лестнице, которые могли бы помочь снизить его негативное психологическое и биологическое влияние и служить защитой от стрессовых воз-

действий (Adler et al. 1994; Adler, Snibbe 2003; Gallo, Matthews 2003; Matthews et al. 2010).

Дискуссия о влиянии абсолютной и относительной депривации на градиентный характер неравенств в здоровье между представителями объективистского (Дж. Линч) и субъективистского подходов (Р. Уилкинсон), развернувшаяся на страницах Британского медицинского журнала (*British Medical Journal*) в 1997–2001 гг. (Wilkinson 1997; Lynch 2000; Marmot, Wilkinson 2001), привела к появлению исследований, в которых обсуждались более сложные механизмы влияния социально-психологических ресурсов на градиентный характер статусных неравенств в здоровье.

В интегративной модели резервного потенциала, обосновывалась принципиальная роль персональных социально-психологических ресурсов как совокупности межличностных и собственно личностных свойств/качеств, обеспечивающих человека способностью противостоять стрессам и трудностям жизни. В рамках этой модели теоретически обосновывалось, что индивиды, занимающие более низкие позиции в социальной иерархии, имеют меньше таких ресурсов (т.е. меньший резервный потенциал) и меньшее количество позитивных персональных характеристик по сравнению с теми, кто имеет более высокий социальный статус. Дефицит психосоциальных ресурсов, оказывая негативное воздействие на эмоциональную реактивность в восприятии стресса, может приводить к нездоровому поведению и неблагоприятным последствиям в функционировании иммунных и других биологических механизмов, вызывающих в свою очередь ухудшение состояния здоровья (Gallo, Matthews 2003). Таким образом, неслучайное распределение разнообразных психологических состояний между общественными слоями, их эффективность в смягчении стрессовых воздействий и способность вызывать заметные эффекты для здоровья, обосновывает возможность рассмотрения социально-психологических ресурсов личности в качестве посредника/медиатора во взаимосвязи между социальным положением и здоровьем, воздействующего в том числе через социальные, поведенческие и биологические механизмы.

Высказывались и иные теоретические соображения о характере влияния социально-психологических резервов на распределение здоровья по уровням социальной иерархии, в соответствии с которыми социально-психологические факторы могут не только опосредовать отношения социального статуса со здоровьем, но и выступать «модератором» этих отношений. Эти теоретические предположения получили подтверждения в эмпирическом анализе в конце 1990-х годов. В одном из первых исследований, посвященных этому вопросу, было установлено, что способность контролировать обстоятельства жизни благотворно сказывается на здо-

ровые представители любой доходной категории, однако в уязвимых слоях влияние было выражено с большей отчетливостью, чем в выше-лежащих стратах (Lachman, Weaver 1998). Это объяснялось тем, что психологические резервы (наряду с индивидуальными запасами социального капитала) приобретают особую значимость для здоровья в условиях ограниченности прочих ресурсов.

В результате развития представленных теоретических направлений, посвященных изучению факторов статусного неравенства, продуцируемых на всех уровнях социальной организации, характера взаимосвязей между ними — медиативных и модеративных эффектов биологических, социально-психологических, экономических, образовательных ресурсов, способных оказывать влияние на здоровье представителей различных социальных страт, и разработанных моделей формирования и аккумуляции неравенств на протяжении жизненного пути, возникла многоуровневая динамическая теория кумулятивного неравенства (cumulative inequality theory), в которой были интегрированы элементы теории аккумуляции благоприятствующих/неблагоприятствующих обстоятельств, принципы общей теории жизненного пути и социологической трактовки теории стресса, описывающей медиативный эффект стрессовых воздействий и психологических ресурсов личности на физическое состояние и поведенческие реакции, как механизм формирования и воспроизводства статусных неравенств (Ferraro, Shippee 2009; Elder 1998; Pearlin 1989). В теории кумулятивного неравенства акцент ставится на динамических изменениях неравенств в здоровье на протяжении одного-двух поколений, обусловленных влиянием (а) социальных систем, ограничивающих спектр возможных статусных перемещений индивидов, составляющих когорту, и (б) индивидуальных жизненных траекторий, выстраиваемых на основании имеющихся резервов и навыков использования биологических, социально-психологических и экономических ресурсов. (Ferraro et al. 2009). Проверка положений этой теории — одна из приоритетных задач современных исследований социальных неравенств в здоровье, количество которых неизменно нарастает в течение последних десяти лет.

Признавая ограничения статических исследований воздействия социальных факторов на здоровье людей в определенный момент времени, специалисты все чаще обращаются к анализу жизненных путей, который позволяет по возрастено-градуированной шкале проанализировать выраженность статусных неравенств в здоровье в пределах одного поколения, а в исторической перспективе — в пределах нескольких поколений и оценить влияние социальной мобильности и изменений социальных траекторий на шансы оставаться здоровыми.

В целом проведенный анализ позволяет сформировать схематическую модель эволюции основных социологических, социально-эпидемиологических и социально-психологических теорий, послуживших основанием для дисциплинарного становления и дальнейшего развития социологии здоровья и изучения факторов и механизмов воспроизводства статусных неравенств в здоровье, обозначить их ключевых авторов и период возникновения (см. табл.).

### **Заключение**

Современный этап развития исследований различий в здоровье основан на длительной работе предшественников, в результате которой были предложены не только теоретические объяснения происходящих явлений и процессов, но и методологические разработки, позволяющие принимать политические решения, направленные на минимизацию статусных неравенств. Концепция деятельности Всемирной организации здравоохранения, реализуемая в большинстве стран мира, основана на признании множественности и взаимной обусловленности политико-экономических, культурных и инвайронментальных факторов среды; условий жизни, обеспечиваемых положением индивида в обществе; индивидуальных социально-экономических, социально-психологических и поведенческих факторов; гендерных и возрастных особенностей, и связанных с ними ролевых функций, которые формируют жизненные траектории людей как внутри стран, с присущим им инвайронментальным и социальным контекстом, так и в сравнительной перспективе.

Как и в начале своего становления более двух веков тому назад, исследования проблем статусных неравенств в здоровье предоставляют научную основу для того, чтобы сделать жизнь людей более безопасной, долгой и здоровой.

## Модель эволюции основных теорий и предполагаемых механизмов социальных неравенств в здоровье

Теория / Авторы / Период возникновения	Основные причины социальных неравенств в здоровье	Механизмы формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье
<p><i>Классические социологические теории неравенств</i>            К. Маркс, Э. Дюркгейм, Т. Веблен, У. Томас, Ф. Знанецкий, М. Вебер, Т. Парсонс; с середины XIX в.</p>	<p>общественные отношения между социальными классами; классово закрепленные статусные культурно-поведенческие, социально-психологические, характеристики</p>	<p>— материальное структурирование (materialist/structural explanation) здоровья классов обусловленными депривациями (в первую очередь экономической, образовательной, профессионально-трудоустрой и социально-психологической);</p> <p>— наследование культурно-поведенческих паттернов (cultural/behavioral), присущих представителям различных социальных классов и индивидуальная ответственность за деструктивное поведение в отношении здоровья;</p> <p>— социальная поддержка ближнего окружения предоставляет доступ к материальным и нематериальным ресурсам социальной сети, позволяющим более эффективно преодолевать трудные жизненные ситуации</p>
<p><i>Эволюционная теория, теория естественного / социального отбора</i>            Ч. Дарвин, Г. Спенсер, У. Кэннон, Г. Селье; с середины XIX в.</p>	<p>врожденные биологические, психологические, социальные характеристики</p>	<p>— врожденные физические и интеллектуальные способности определяют положение индивида в обществе, формирование социальных структур и связанных с ними различий;</p> <p>— наследуемые психологические свойства, в том числе способы реагирования на внешние раздражители, предопределяют ситуативное поведение индивида, его склонность к деструктивному по отношению к здоровью поведению</p>

<p><b>Теория / Авторы / Период возникновения</b></p>	<p><b>Основные причины социальных неравенств в здоровье</b></p>	<p><b>Механизмы формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье</b></p>
<p><i>Теория социального продуцирования болезней</i> (политической экономии здоровья) Л. Дойл; с 1970-х годов</p>	<p>материальные условия жизни, достигаемые в ходе участия в общественных отношениях.</p>	<p>положение в социальной структуре определяет условия проживания, питания, трудовой среды и институционально продуцируемые риски — доступность медицинской помощи и ее организация, политико-экономическое сопровождение социальных институтов, в первую очередь здравоохранения и образования, государственное обеспечение гарантий соблюдения прав человека</p>
<p><i>Теория психологической депривации и салютогенеза</i> А. Антоновский, С. Кобаса, Л. Перлин; с конца 1970-х годов</p>	<p>частота и тяжесть воз- действий факторов стрес- са на здоровье</p>	<p>психологическая депривация, которая выражается в частоте стрессовых воздействий, и связанных с ними субъективных реакций — депрессии, негативных эмоциях, усиливающих с понижением социально-экономического статуса, приводит к возникновению деструктивных для здоровья форм поведения, снижению самооценки здоровья, развитию заболеваний; сила выраженности этих воздействий зависит от особенностей восприятия, определяемого индивидуальными психологическими чертами</p>
<p><i>Теория фундаменталь- ных причин неравенств в здоровье</i> Б. Линк, Дж. Фелан, А. Уилсон; с 1990-х годов</p>	<p>статусные различия (в до- ходе, образовании, заня- тости)</p>	<p>запасы материальных ресурсов, различающиеся в зависимости от социально-экономического статуса, предполагают неравный доступ к ресурсам — власти, деньгам, образованию, профессиональному статусу, социальным связям, позволяющим минимизировать или избежать риски болезни</p>

Теория / Авторы / Период возникновения	Основные причины социальных неравенств в здоровье	Механизмы формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье
Теория государства в целом А. Кунст, Дж. Макенбах; с 1990-х годов	социальные гарантии доступа к медицинской помощи, социальная политика в сфере здравоохранения.	государственная поддержка системы здравоохранения, организации работы институтов, отвечающих за поддержание здоровья граждан и возможности реализации их прав на здоровую жизнь, формируют различия в здоровье населения разных стран; буферный эффект социального контекста в государствах всеобщего благосостояния приводит к относительно более высоким показателям объективного здоровья и его самооценки среди представителей низших слоев общества по сравнению с менее развитыми странами
Экоциальная многоуровневая теория Дж. Кассел, Н. Кригер; с 1990-х годов	влияние факторов микро-, мезо- и макросреды, воздействующих на протяжении времени	различия в здоровье являются результатом влияния биологических, экологических, социальных и политико-экономических процессов общественного развития, а также кумулятивных воздействий факторов, распределенных на различных уровнях социальной и территориальной организации
Теория резервной потенции Н. Адлер, Л. Галло, К. Метьюс; начало первого десятилетия XXI в.	распределение резервов индивидуальных социально-психологических ресурсов личности по социальной иерархии	социально-психологические ресурсы личности помогают человеку справиться с трудностями жизни и способны служить защитой от стрессовых воздействий, однако их резервы распределены неравномерно по социальной иерархии и уменьшаются по мере снижения социального статуса, что приводит к объективному снижению здоровья и его самооценки в низкостатусных социальных группах

Теория / Авторы / Период возникновения	Основные причины социальных неравенств в здоровье	Механизмы формирования и воспроизводства социальных неравенств в здоровье
<p><i>Теория кумулятивных эффектов благоприятных/неблагоприятных воздействий</i> К. Росс, Ч.-Л. Ву; начало первого десятилетия XXI в.</p>	<p>Накопление позитивных и негативных эффектов и обстоятельств жизненного пути, приводящее к аккумуляции рисков развития болезней или накоплению ресурсов, позволяющих их избежать.</p>	<p>Реализация жизненной траектории и осуществление статусных переходов сопровождается формированием цепочек риска и возникновением сопутствующих медиативных, модеративных и триггерных эффектов, оказывающих влияние на состояние здоровья. Наиболее существенное влияние на здоровье взрослых и пожилых оказывают факторы социальной среды, воздействовавшие в детстве на протяжении критических периодов, что проявляется в когортных различиях в здоровье.</p>
<p><i>Теория кумулятивного неравенства</i> К. Ферраро, Т. Шипи; конец первого десятилетия XXI в.</p>	<p>Субъективное восприятие изменений социального статуса и приобретенных преимуществ к изменениям способов действия и инвестирования индивидуальных ресурсов.</p>	<p>Восприятие ситуации как благоприятной или неблагоприятной, наличие резерва и навыков использования биологических, социально-психологических и экономических ресурсов позволяют высокостатусным представителям возрастных когорт, объединенных инвайронментальным и социальным контекстом их развития не только накапливать преимущества и эффективно использовать их на протяжении жизненного пути, но и оказывать влияние на статус следующего поколения и его объективное здоровье.</p>



### Литература

- Биглхол Р, Бонита Р, Къельстрем Т. (1994) *Основы эпидемиологии*. Женева: Всемирная организация здравоохранения.
- Блинова М.С. (2011) Миграции населения: подход социологов Чикагской школы. *Вестник Московского университета. Серия 18: Социология и политология*, 4: 172–190.
- Веблен Т. (1984) *Теория праздного класса*. М.: Прогресс.
- Ганжа А.О., Зотов А.А. (2002) Гуманистическая социология Флориана Знанецкого. *Социологические исследования*, 3: 112–120.
- Маркс К. (2001) *Капитал*. Т. 1. М.: АСТ.
- Рушинова Н.Л., Бояркина С.И. (2019) Роль социального неравенства и психологических ресурсов личности в заболеваемости социально значимыми болезнями в России и странах Европы. *Телескоп: журнал социологических и маркетинговых исследований*, 5(137): 64–73.
- Рушинова Н.Л., Сафронов В.В. (2014) Значение социального капитала для здоровья в странах Европы. *Журнал социологии и социальной антропологии*, 17(3): 112–133.
- Сорокин П.А. (1992) *Человек. Цивилизация. Общество*. Пер. с англ. М.: Политиздат.
- Adler N.E. et al. (1994) Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1): 15–24.
- Adler N.E., Snibbe A.C. (2003) The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4): 119–123.
- Adler N.E., Ostrove J.M. (1999) Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1): 3–15.
- Antonovsky A. (1984) The Sense of Coherence as a Determinant in Health. In: Matarazzo J.D. (ed.) *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. N.Y.: John Wiley: 114–129.
- Barker R. (1968) *Ecological psychology*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285–293.
- Berkman L., Syme S.L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186–204.
- Bergqvist K., Åberg Yngwe M., Lundberg O. (2013) Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities — an analytical review. *BMC Public Health*, 13: 1234.
- Black D., Morris J.N. et al. (1982) *The Black Report* (Report of the Working Group on Inequalities). L.: Penguin.

Cannon W.B. (1932) *The Wisdom of the Body*. N.Y.: W.W. Norton & Company.  
Case A., Fertig A., Paxson C. (2005) The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal Health Economics*, 24: 365–389.

Cassel J. (1964) Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 54(9): 1482–1488. DOI: 10.2105/ajph.54.9.1482.

Cockerham W.C., Rutten A., Abel T. (1997) Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2): 321–342.

Cohen S. et al. (2010) Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1): 37–55.

Corna L. M. (2013) A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: a critical review of conceptual frameworks. *Advances in life course research*, 18(2):150–159.

Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. (2006) The determinants of mortality. *Journal of economic perspectives*, 20(3): 97–120.

Dahl E., van der Wel K.A. (2012) Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. *Social Science and Medicine*, 81: 60–69.

Dannefer D. (2003) Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6): S327–S337.

Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. (1992) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Doyal L., Imogen P. (1979) *The political economy of health*. London: Pluto Press.

Dupre M.E. (2007) Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1): 1–15.

Dyhouse C. (1978) Working-class mothers and infant mortality in England, 1895–1914. *Journal of Social History*, 12(2): 248–267.

Durkheim E. (1897) [1952; 2005] *Suicide: a study in sociology*. Paris: The Free Press.

Elder G.H., Johnson M.K., Crosnoe R. (2003) The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer J.T., Shanahan M.J. (ed.) *Handbook of the Life Course*. Boston: Springer.

Elder G.H. (1998) The life course as developmental theory. *Child Development*, 9(1): 1–12.

Engel G.L. (1977) The need for a new medical model. *Science*, 196: 129–136.

Ferraro K.F., Shippee T.P. (2009) Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3): 333–343.

Frohlich K.L., Corin E., Potvin L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of health & illness*, 23(6): 776–797.

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.

Gilbert N. (2009) The least generous welfare state? A case of blind empiricism. *Journal of Comparative Policy Analysis Research and Practice*, 11(3): 355–367.

Heinz W.R., Marshall V.W. (eds.) (2003) *Social Dynamics of the life course. Transitions, Institutions and Interrelations*. L.: Routledge.

Humphreys N.A. (1887) Class Mortality Statistics. *Journal of the Royal Statistical Society*, 50(2): 255–292.

Kitagawa E.M., Hauser P.M. (1973) *Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology*. Cambridge: Harvard University Press.

Kobasa S.C. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1–11. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.110>.1037/0022-3514.37.1.1.

Korpi W., Palme J. (2007) *The social citizenship indicator program (SCIP)*. General coding comments: 1–27.

Krieger N. (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30: 668–677.

Krieger N. (1994) Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, 39: 887–903

Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J. et al. (2003) Power Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 778–783

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1994) International variation in the size of mortality differences associated with occupational status. *International journal of epidemiology*, 23(4): 742–750.

Lachman M.E., Weaver S.L. (1998) The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3): 763–773.

Leavell H.R. (1955) Chronic disease and the behavioral sciences. *Journal of chronic diseases*, 2(1): 113–118.

Link B.G., Phelan J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Extra Issue): 80–94.

Link B.G., Phelan J.C. (1986) Editorial: understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86: 471–473.

Lynch J.W. et al. (2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British medical journal*, 320(7243): 1200–1204.

Lynch J.W., Kaplan G. A., Shema S. J. (1997) Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine*, 337(26): 1889–1895.

Lynch J.W., Smith G.D. (2005) A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26: 1–35.

Lynch S.M. (2003) Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: A hierarchical approach. *Demography*, 40(2): 309–331.

Macintyre S. (1997) The Black Report and beyond what are the issues? *Social science & medicine*, 44(6): 723–745.

Mackenbach J.P., Kunst A.E. (1999) Socioeconomic inequalities in health in Europe. *EUROHEALTH-LONDON*, 5: 31–34.

Marmot M.G., Wilkinson R.G. (2001) Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British medical journal*, 322(7296): 1233–1236.

Marmot M.G., Smith G.D., Stanfeld S. et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1: 1387–1393.

Marshall V.W., Tindale J.A. (1978) Notes for a Radical Gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(2): 163–175.

Marshall V.W. (2011) *Risk, vulnerability, and the life course*. Lives working paper.

Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E. (2010) Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of sciences. Issue: The Biology of Disadvantage*: 146–173.

Parsons T. (1951) Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3): 452–460.

Pearlin L.I. (1989) The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3): 241–256.

Ross C.E., Wu C.L. (1996) Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of health and social behavior*, 37(1): 104–120.

Searle G.R. (1976) *Eugenics and politics in Britain, 1900–1914*. Leyden: Noordhoff.

Smith J.P. (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relationship between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*. 13: 145–166.

Surachman A. et al. (2019) Life course socioeconomic status, daily stressors, and daily well-being: Examining chain of risk models. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(1): 126–135.

Virchow R. (1848) Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. In: Rather I.J. (ed.) *Rudolph Virchow: Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Canton, MA.: Science History Publications: 205–220.

Wilkinson R.G. (1997) Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, 314(7080): 591–595.

Willson A.E. (2009). 'Fundamental Causes' of Health Disparities: A Comparative Analysis of Canada and the United States. *International Sociology*, 24(1): 93–113.

## THEORETICAL APPROACHES TO STUDYING INEQUALITIES IN HEALTH

*Saniya Boyarkina* (s.boyarkina@socinst.ru),  
*Daria Khodorenko*

The Sociological Institute of the RAS –  
Branch of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology  
of the Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

**Citation:** Boyarkina S., Khodorenko D. (2020) Teoreticheskiye podkhody k izucheniyu faktorov formirovaniya i vosproizvodstva statusnykh neravenstv v zdorov'ye [Theoretical Approaches to Studying Inequalities in Health]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 23(5): 41–72 (in Russian). <https://doi.org/10.31119/jssa.2020.23.5.2>

**Abstract.** The article is dedicated to studying the theoretical concepts of status inequalities in health from the moment of their origin to the present day, their prerequisites and mutual influence, key provisions, analytical and explanatory models. The processes of static and dynamic research paradigms formation, their origins, conceptual foundations, and methodological differences are described. Problem of status inequalities in health is associated with the period of Western society's industrialization, when changes in the structure of labor market were accompanied by increasing of urbanization and urban population density, social inequalities and infectious diseases mortality among representatives of financially deprived groups. The ongoing socio-epidemiological processes attract the attention of researchers, who had practical aim to ensure the safety of living environment. Development of scientific knowledge focused on the problems of individual and common living, led to formation of disciplinary-specific grounds for studying the causes of health inequalities. Over the past 40 years studying of status inequalities in health has been accompanied by better understanding of factors that affect health in various status groups and creating research methodology that supposed studying interactions between levels of social organization and mechanisms of individual social and psychological adaptation to social reality changes.

**Keywords:** theory of health sociology, social status, status inequalities in health, life path.

### References

- Adler N.E. et al. (1994) Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *American psychologist*, 49(1): 15–24.
- Adler N.E., Ostrove J.M. (1999) Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896(1): 3–15.
- Adler N.E., Snibbe A.C. (2003) The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*, 12(4): 119–123.

Antonovsky A. (1984) The Sense of Coherence as a Determinant in Health. In: Matarazzo J.D. (ed.) *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: John Wiley: 114–129.

Barker R. (1968) *Ecological psychology*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Ben-Shlomo Y., Kuh D. (2002) A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*, 31(2): 285–293.

Bergqvist K., Åberg Yngwe M., Lundberg O. (2013) Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities — an analytical review. *BMC Public Health*, 13: 1234.

Berkman L., Syme S.L. (1979) Social networks, host resistance and mortality: a nine year follow-up study of Alameda County residents. *American journal of Epidemiology*, 109: 186–204.

Bighol R., Bonita R., Kelstrem T. (1994) *Osnovy epidemiologii* [Basic epidemiology]. Geneva: Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya (in Russian).

Black D., Morris J.N. et al. (1982) *The Black Report* (Report of the Working Group on Inequalities). London: Penguin.

Blinova M.S. (2011) Migracii naseleniya: podkhod sociologov Chikagskoj shkoly [Population migration: the approach of sociologists at the Chicago school]. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sociologiya i politologiya*, 44: 172–190 (in Russian).

Cannon W.B. (1932) *The Wisdom of the Body*. New York: W.W. Norton & Company.

Case A., Fertig A., Paxson C. (2005) The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal Health Economics*, 24: 365–389.

Cassel J. (1964) Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. *American Journal of Public Health and the Nation's Health*, 54(9): 1482–1488. DOI: 10.2105/ajph.54.9.1482.

Cockerham W.C., Rutten A., Abel T. (1997) Conceptualizing Contemporary Health Lifestyles: Moving Beyond Weber. *The Sociological Quarterly*, 38(2): 321–342.

Cohen S. et al. (2010) Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1): 37–55.

Corna L. M. (2013) A life course perspective on socioeconomic inequalities in health: a critical review of conceptual frameworks. *Advances in life course research*, 18(2):150–159.

Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. (2006) The determinants of mortality. *Journal of economic perspectives*, 20(3): 97–120.

Dahl E., van der Wel K.A. (2012) Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach. *Social Science and Medicine*, 81: 60–69.

Dannefer D. (2003) Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6): S327–S337.

Doorslaer E., Wagstaff A., Rutten F. (1992) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Doyal L., Imogen P. (1979) *The political economy of health*. London: Pluto Press.

Dupre M.E. (2007) Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48(1): 1–15.

Durkheim E. (1897) [1952; 2005] *Suicide: a study in sociology*. Paris: The Free Press.

Dyhouse C. (1978) Working-class mothers and infant mortality in England, 1895–1914. *Journal of Social History*, 12(2): 248–267.

Elder G.H. (1998) The life course as developmental theory. *Child Development*, 9(1): 1–12.

Elder G.H., Johnson M.K., Crosnoe R. (2003) The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer J.T., Shanahan M.J. (ed.) *Handbook of the Life Course*. Boston: Springer.

Engel G.L. (1977) The need for a new medical model. *Science*, 196: 129–136.

Ferraro K.F., Shippee T.P. (2009) Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3): 333–343.

Frohlich K.L., Corin E., Potvin L. (2001) A theoretical proposal for the relationship between context and disease. *Sociology of health & illness*, 23(6): 776–797.

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

Ganzha A.O., Zotov A.A. (2002) Gumanisticheskaya sociologiya Floriania Znanekogo [Humanistic sociology of Florian Znanetsky]. *Sotsiologicheskiye issledovaniya* [Social research] 3: 112–120 (in Russian).

Gilbert N. (2009) The least generous welfare state? A case of blind empiricism. *Journal of Comparative Policy Analysis Research and Practice*, 11(3): 355–367.

Heinz W.R., Marshall V.W. (eds.) (2003) *Social Dynamics of the life course. Transitions, Institutions and Interrelations*. London: Routledge.

Humphreys N.A. (1887) Class Mortality Statistics. *Journal of the Royal Statistical Society*, 50(2): 255–292.

Kitagawa E.M., Hauser P.M. (1973) *Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology*. Cambridge: Harvard University Press.

Kobasa S.C. (1979) Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1–11. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.110>. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>.

Korpi W., Palme J. (2007) *The social citizenship indicator program (SCIP)*. General coding comments: 1–27.

Krieger N. (1994) Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science and Medicine*, 39: 887–903.

Krieger N. (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*, 30: 668–677.

Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J. et al. (2003) Power Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 778–783.

Kunst A.E., Mackenbach J.P. (1994) International variation in the size of mortality differences associated with occupational status. *International journal of epidemiology*, 23(4): 742–750.

Lachman M.E., Weaver S.L. (1998) The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3): 763–773.

Leavell H.R. (1955) Chronic disease and the behavioral sciences. *Journal of chronic diseases*, 2(1): 113–118.

Link B.G., Phelan J. (1995) Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(Extra Issue): 80–94.

Link B.G., Phelan J.C. (1986) Editorial: understanding sociodemographic differences in health—the role of fundamental social causes. *American Journal of Public Health*, 86: 471–473.

Lynch J.W. et al. (2000) Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British medical journal*, 320(7243): 1200–1204.

Lynch J.W., Kaplan G. A., Shema S. J. (1997) Cumulative impact of sustained economic hardship on physical, cognitive, psychological, and social functioning. *New England Journal of Medicine*, 337(26): 1889–1895.

Lynch J.W., Smith G.D. (2005) A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health*, 26: 1–35.

Lynch S.M. (2003) Cohort and life-course patterns in the relationship between education and health: A hierarchical approach. *Demography*, 40(2): 309–331.

Macintyre S. (1997) The Black Report and beyond what are the issues? *Social science & medicine*, 44(6): 723–745.

Mackenbach J.P., Kunst A.E. (1999) Socioeconomic inequalities in health in Europe. *EUROHEALTH-LONDON*, 5: 31–34.

Marks K. (2001) *Капитал* [Capital]. Vol. 1. Moscow: AST (in Russian).

Marmot M.G., Smith G.D., Stanfeld S. et al. (1991) Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*, 1: 1387–1393.

Marmot M.G., Wilkinson R.G. (2001) Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *British medical journal*, 322(7296): 1233–1236.

Marshall V.W. (2011) *Risk, vulnerability, and the life course*. Lives working paper.

Marshall V.W., Tindale J.A. (1978) Notes for a Radical Gerontology. *International Journal of Aging and Human Development*, 9(2): 163–175.

Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E. (2010) Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. *Annals of the New York Academy of sciences. Issue: The Biology of Disadvantage*: 146–173.

Parsons T. (1951) Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21(3): 452–460.

Pearlin L.I. (1989) The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3): 241–256.

Ross C.E., Wu C.L. (1996) Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of health and social behavior*, 37(1): 104–120.

Rusinova N.L., Boyarkina S.I. (2019) Rol' social'nogo neravenstva i psihologicheskikh resursov lichnosti v zabolevaemosti social'no znachimymi boleznyami v Rossii i stranah Evropy [The role of social inequality and psychological resources of the individual in the incidence of socially significant diseases in Russia and Europe]. *Teleskop: zhurnal sotsiologicheskikh i marketingovykh issledovaniy* [Telescope: Journal of Sociological and Marketing Research], 5: 64–73 (in Russian).



Rusinova N.L., Safronov V.V. (2014) Znachenie social'nogo kapitala dlya zdorov'ya v stranah Evropy [The importance of social capital for health in Europe]. *Zhurnal sotsiologii i sotsialnoy antropologii* [The Journal of Sociology and Social Anthropology], 17(3):112–133 (in Russian).

Searle G.R. (1976) *Eugenics and politics in Britain, 1900–1914*. Leyden: Noordhoff.

Smith J.P. (1999) Healthy bodies and thick wallets: the dual relationship between health and economic status. *Journal of Economic Perspectives*, 13:145–166.

Sorokin P.A. (1992) *Chelovek. Civilizaciya. Obshchestvo* [Human being. Civilization. Society]. Moscow: Politizdat (in Russian).

Surachman A. et al. (2019) Life course socioeconomic status, daily stressors, and daily well-being: Examining chain of risk models. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(1): 126–135.

Veblen T. (1984) *Teoriya prazdnogo klassa* [Theory of the leisure class]. Moscow: Progress (in Russian).

Virchow R. (1848) Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. In: Rather I.J. (ed.) *Rudolph Virchow: Collected Essays on Public Health and Epidemiology*. Canton, MA.: Science History Publications: 205–220.

Wilkinson R.G. (1997) Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *British medical journal*, 314(7080): 591–595.

Willson A.E. (2009). 'Fundamental Causes' of Health Disparities: A Comparative Analysis of Canada and the United States. *International Sociology*, 24(1): 93–113.