

ПЕРСОНАЛЬНЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ: ВЫРАЖЕННОСТЬ БУФЕРНОГО ЭФФЕКТА В ЕВРОПЕЙСКИХ СТРАНАХ

НИНА РУСИНОВА, ВЯЧЕСЛАВ САФРОНОВ

Статья посвящена проблеме влияния персональных психологических ресурсов на социальные неравенства в здоровье. В развитых странах, согласно выявленным ранее фактам, такое влияние описывается в терминах буферного эффекта: психологические ресурсы в большей мере способствуют поддержанию здоровья людей, принадлежащих к нижним социальным слоям, чем тех, кто располагается выше в общественной стратификации, вследствие чего неравенства могут сокращаться. В то же время неясно, является ли буферный эффект универсальным механизмом сглаживания неравенств в здоровье или же он действует только в специфических общественных условиях, характерных для этих стран. В настоящей работе анализируются данные Европейского социального исследования 2012 г. (репрезентативных опросов, проведенных в 27 странах, включая Россию), а также статистика Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения, Международной организации труда и другие аналитические сведения о развитии экономики, социального государства и особенностях культуры этих стран. Применение статистических методов двухуровневого иерархического моделирования (линейного и логистического) позволило показать, что состояние здоровья людей (оценки самочувствия и наличия проблем в повседневной жизни, вызванных хроническим заболеванием) во всех странах социально стратифицировано – оно отчетливо ухудшается по мере снижения социального статуса. В любой из стран психологические ресурсы (контроль над жизнью, автономия и оптимизм) играют важную роль в поддержании здоровья, способствуя его улучшению во всех социальных слоях. Результаты подтверждают существование буферного эффекта, выраженность которого зависит, однако, от общественного контекста. Сокращение статусных неравенств благодаря резервному психологическому потенциалу имеет место, как правило, в благополучных обществах – странах Европы, в которых многие люди не испытывают материальных затруднений. В этих странах психологические резервы оказывают особенно сильное благотворное воздействие на здоровье людей с низким статусом, помогая им преодолевать негативные эмоции и стрессы, вызванные относительной депривацией.

Ключевые слова: здоровье, социальные неравенства, психологические ресурсы, буферный эффект, Европейское социальное исследование, двухуровневое моделирование.

НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ: ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ

Социально-экономический статус, как свидетельствуют исследования, оказывает существенное влияние на физическое и психическое здоровье. Оно заметно ухудшается по мере снижения доходов человека, его образования или социально-профессионального положения. Такой градиент прослеживается практически для любых проявлений нездоровья, начиная от обычных недомоганий и заканчивая серьезными, угрожающими жизни заболеваниями, ведущими к преждевременной смертности.

НИНА ЛЬВОВНА РУСИНОВА (nrusinova@gmail.com), ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК, РОССИЯ.

ВЯЧЕСЛАВ ВЛАДИМИРОВИЧ САФРОНОВ (vsafonov@list.ru), ФЕДЕРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК, РОССИЯ.

РАБОТА ВЫПОЛНЕНА ПО ТЕМЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАДАНИЯ «СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И СОЦИЕТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ В РОССИИ И СТРАНАХ ЕВРОПЫ», № 0169-2015-0007.

Статья поступила в редакцию в июне 2017 г.

Статусные различия объясняются неравным доступом людей к важным для здоровья ресурсам, включая комфортные условия жизни и труда, качественное питание, возможности рекреации, услуги здравоохранения, поддерживающую культуру [Adler et al. 1994; Mackenbach 2012; Mackenbach et al. 2008; Marmot et al. 1997; Marmot, Wilkinson 2006]. Кроме того, с понижением социально-экономического статуса нарастают неблагоприятные стрессовые воздействия, тогда как возможности справляться с ними, используя социальные связи и поддержку других людей или личностный психологический потенциал, одновременно сокращаются [Matthews, Gallo 2011]. Основные теоретические подходы, в которых предпринимались попытки объяснения социальных неравенств в здоровье, связывали их с материальной депривацией и психосоциальными реакциями (обзор современного состояния исследований неравенств в здоровье см. [Arcaya et al. 2015]). Проблемам социальных неравенств в здоровье уделяют внимание и отечественные исследователи [Вишневский, Школьников 1997; Кислицына 2015; Кислицына, Ферландер 2015; Неравенство и смертность... 2000; Римашевская, Кислицына 2004; Тапилина 2002].

Существенное воздействие на здоровье, наряду с социально-экономическим статусом, оказывают и другие факторы, благодаря которым социальные неравенства могут сокращаться. При определенных условиях люди, даже из неблагополучных слоев, способны поддерживать здоровье, защищаясь от негативных последствий своего уязвимого социально-экономического положения. Одно из направлений, изучающих такие условия, связано с анализом психосоциальных ресурсов – социальных отношений и психологических характеристик личности, позволяющих сохранять здоровье [Gallo, Matthews 2003; Matthews, Gallo 2011]. Вхождение в сети социальных взаимодействий, помощь и поддержка со стороны других людей, объединяемых в современной теории понятием социального капитала, имеют важное значение для сохранения здоровья [Berkman, Glass 2000; Kawachi, Berkman 2000; Kawachi et al. 2008; Rostila 2013; Szreter, Woolcock 2004], а в некоторых странах еще и служат средством сокращения неравенств, оказывая более сильное позитивное влияние на здоровье в низкостатусных группах [Русинова, Сафронов 2015].

Персональные психологические ресурсы, как показывает ряд работ, – также важный фактор здоровья, смягчающий неблагоприятные физиологические последствия стресса и способствующий здоровому поведению [Morozink et al. 2010; Schöllgen et al. 2011]. Кроме того, согласно теоретической «модели резервного потенциала» (reserve capacity model), психологические ресурсы выступают «посредником» во взаимосвязи социального статуса и здоровья [Gallo, Matthews 2003]. Неравномерное распределение этих ресурсов по социальной структуре, их дефицит у людей с низким общественным положением проявляется в статусных неравенствах в здоровье [Boehm et al. 2015; Taylor, Seeman 1999]. Резервный потенциал образуют такие устойчивые психологические характеристики, как высокая самооценка, способность человека контролировать свою жизнь, оптимизм [Boehm, Kubzansky 2012; Gallo, Matthews 2003; Rasmussen et al. 2009; Taylor, Seeman 1999]. Их посредническая роль подтверждается результатами эмпирических исследований, остающихся, правда, немногочисленными [Matthews et al. 2010; Gallo et al. 2009].

Психологические факторы, согласно теоретическим представлениям, могут не только опосредовать отношения социального статуса со здоровьем, но и выступать «модератором» этих отношений (о важности разграничения понятий «медиатор» и «модератор» см. [Baron, Kenny 1986]). Предполагается, что их позитивное влияние на здоровье в большей мере проявляется в нижних социальных слоях, поскольку психологические резервы приобретают особую значимость в условиях ограниченности прочих ресурсов. Еще в конце 1990-х годов было показано [Lachman, Weaver 1998], что наличие психологических резервов (способность контролировать обстоятельства жизни) благотворно сказывается на здоровье представителей любой из доходных категорий, однако в уязвимых слоях влияние было выражено с большей отчетливостью, чем в вышележащих стратах. Психологические ресурсы, отмечается в выводах этого исследования, служат буфером, уменьшая негативные последствия для здоровья низкого статуса. До недавнего времени, однако, существование модулирующего (буферного) эффекта оставалось (из-за недостаточности эмпирических обоснований) под вопросом [Matthews et al. 2010].

В последние годы были получены результаты, все больше устранившие такие сомнения. Преобладающая их часть выявлена в исследованиях, проводившихся в США (проект MIDUS - Midlife Development in the United States). Важность способности к контролю жизненных обстоятельств в качестве защитного механизма против социально-экономического неблагополучия подтвердилась при лонгитюдном анализе долговременных разрушительных последствий низкого статуса для физического и психического самочувствия [O'Brien 2012]. Уверенность человека в способности контролировать жизнь, согласно еще одному исследованию, снижает риски смертности при низком, но не при высоком социально-экономическом положении [Turiano et al. 2014]. В другой работе, также использовавшей лонгитюдные данные проекта MIDUS, было показано, что «психологическое благополучие» (самопринятие, позитивные отношения с другими, автономность, компетентность, цели в жизни, личностный рост) способствует улучшению самочувствия людей в течение десятилетнего периода, причем особенно заметным такой эффект был у малообразованных респондентов по сравнению с теми, кто получил хорошее образование [Ryff et al. 2015]. Заслуживает упоминания и исследование, выполненное в Германии (данные DEAS - German Ageing Survey). Оно показывает, что высокая самооценка, контроль жизни и оптимизм положительно отражаются на здоровье во всех образовательных и доходных группах, кроме того, они сильнее воздействовали на функциональное и субъективное здоровье малообразованных, по сравнению с теми, кто имеет более высокий уровень образования [Schöllgen et al. 2011]. В определенной мере можно говорить о психологическом буферном эффекте и при рассмотрении таких характеристик человека, как «гибкость в преодолении стресса» (coping flexibility), выявленная при анализе небольшой группы индийцев [Atal, Cheng 2016], а также «адаптации к жизненным обстоятельствам с сохранением надежды на перемены к лучшему» («shift and persist» model) [Chen, Miller 2012].

Высказывались также соображения, что психологические ресурсы могут улучшать здоровье у представителей высокостатусных групп, способствуя (при несильном внешнем давлении) проявлению индивидуальных различий, тогда как при низком общественном

положении эти различия остаются стертыми вследствие преобладающей роли неблагоприятных внешних обстоятельств, но эмпирический анализ это предположение не поддерживает, подкрепляя изложенную ранее трактовку буферного воздействия [Turiano et al. 2014].

Еще одно направление в изучении буферного воздействия психологических ресурсов, также получившее развитие в США, было связано с анализом биологических маркеров, свидетельствующих об угрозах здоровому функционированию физиологических систем организма. Так, установлено, что защитные эффекты психологических ресурсов для здоровья в условиях социально-экономического неблагополучия опосредуются активностью нейроэндокринной системы, отвечающей за координацию физиологических реакций организма на стресс (измеренной суточным ритмом кортизола) [Zilioli et al. 2015; 2017]. Подобные защитные реакции обнаруживаются и при анализе маркера воспалительных процессов (интерлейкин-6): буферное влияние проявлялось при изучении удовлетворенности жизнью [Mogozink et al. 2010], а также интегрального показателя психологических ресурсов, включающего оптимизм, воспринимаемый контроль и самооценку [Elliot, Charman 2016].

Таким образом, обзор исследований свидетельствует, что психологические ресурсы являются важным фактором улучшения здоровья. Они отчасти объясняют неодинаковое его состояние на разных уровнях социальной стратификации, выступая посредником между социально-экономическим статусом и здоровьем. Кроме того, есть убедительные, хотя и немногочисленные, подтверждения предположения о буферном воздействии этих ресурсов, согласно которому резервный психологический потенциал особенно важен для поддержания здоровья в низкостатусных слоях. Правда, эти подтверждения были получены главным образом в США и некоторых странах Европы, так что открытым остается вопрос, можно ли считать буферную закономерность универсальной или же она проявляется только в специфических условиях, связанных с контекстуальными особенностями наиболее развитых стран мира. Изучение таких особенностей практически не проводилось.

Отдельные работы указывают на возможные направления поиска контекстуальных различий, способных повлиять на выраженность интересующих нас эффектов. Сопоставление США и Японии, которое выявило, что переменная «значимости своего я» выступает посредником между социально-классовым структурированием и состоянием здоровья только в Соединенных штатах, где культивируется эта личностная черта, говорит о важности учета культуры [Kan et al. 2014]. Результаты, свидетельствующие о зависимостях между депрессивными состояниями, доходными неравенствами и психологическими ресурсами в 23 странах, изучавшихся в Европейском социальном исследовании, обращают внимание на экономический контекст [van Deurzen et al. 2015]. Контекстуальные различия, согласно сравнению состояния здоровья пожилых людей в США и Англии, могут быть связаны с режимами обеспечения социальных гарантий, как было показано при анализе модулирующего эффекта, возникающего под воздействием переменной контроля жизненных обстоятельств [Clarke, Smith 2011]. О необходимости учета различий между странами по развитию экономики и социального государства говорит и наша работа (по данным Европейского социального исследования), показавшая,

что буферный эффект (правда, с другой составляющей психосоциальных ресурсов – социальным капиталом) проявляется, как правило, только в наиболее развитых странах [Русинова, Сафронов 2015].

ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ

Настоящее исследование посвящено проблеме социально-структурных неравенств в здоровье, сохраняющихся даже в наиболее развитых странах мира, и влиянию на них персональных психологических ресурсов. Изучение этой проблемы, проводившееся, как правило, в отдельных странах, главным образом – в США и Западной Европе, продемонстрировало, что такие психологические характеристики, как высокая самооценка, оптимизм, автономия, контроль над жизнью и ряд других могут способствовать снижению социальных неравенств, оказывая наиболее отчетливое позитивное влияние на состояние здоровья уязвимых слоев. Психологические ресурсы играют роль «модератора», опосредуя взаимосвязь между социальными позициями, которые занимают люди, и их здоровьем: наблюдается так называемый «буферный эффект» (или «moderating effect»). В то же время остается неясным, является ли такая зависимость универсальной или же проявляется только при определенных условиях, характерных для наиболее развитых западных обществ.

В предпринятом нами анализе этой проблемы предполагается, во-первых, выяснить, действительно ли в большинстве стран Европы, включая наиболее развитые Скандинавские социальные демократии и государства Западной Европы, менее успешные страны Южной Европы, а также бывшего коммунистического блока, можно обнаружить сглаживание социально-статусных неравенств в здоровье, обусловленное более отчетливым улучшением самочувствия представителей нижних слоев, обладающих резервным психологическим потенциалом. Во-вторых, установить, проявляется ли такой эффект повсеместно с примерно одинаковой силой или же он варьируется по странам, так что в одних частях Европы социальные неравенства снижаются более заметно, чем в других. Наконец, в-третьих, убедившись, что буферный эффект действительно неодинаков в европейских странах, предпринять попытку поиска контекстуальных факторов, характеризующих различия между этими странами, которые могли бы объяснить, при каких именно социетальных условиях буферный эффект становится отчетливо выраженным и когда психологический резервный потенциал слабо сказывается на неравенствах.

Основные трудности исследования связаны с третьим аналитическим направлением, поскольку, как показывает обзор научной литературы, остаются неразвитыми теоретические подходы, которые позволили бы сформулировать предположения о социетальных условиях, способствующих буферному эффекту, и практически полностью отсутствуют сравнительные эмпирические исследования данного феномена, реализованные на достаточно многочисленных (для статистического анализа) выборках стран. Тем не менее, ориентируясь на результаты, полученные при изучении роли социальных ресурсов для здоровья (социального капитала – сетей взаимодействия между людьми, доверия между ними и их взаимной поддержки), и единичные работы, в которых проводились парные сопоставления стран и высказывались соображения о значении

контекста для срабатывания буферного механизма, можно выделить три группы потенциальных факторов, способных повлиять на интересующие нас эффекты. Эти факторы свидетельствуют об:

1. экономическом благополучии стран и выраженности в них доходных неравенств;
2. развитости государства социальных гарантий;
3. особенностях культуры, таких как распространенность в обществе приверженности индивидуалистическим ориентациям или ценностям постмодерна.

Вследствие ограниченности знаний о проблеме при формулировке предположений о возможном влиянии общественного контекста на проявления буферного эффекта остается признать, что благоприятные обстоятельства для его развития могут быть связаны как с высокими, так и с низкими значениями факторов экономического благополучия и государственной социальной защиты. Так, поскольку при низком уровне экономического благосостояния или высоких доходных неравенствах представители нижних социальных слоев не обладают достаточными ресурсами для поддержания здоровья (качественного питания, рекреации, медицинских услуг), именно для них, возможно, особенно важен психологический потенциал сопротивления невзгодам жизни. Не лишено основания и обратное предположение – о более вероятном проявлении буфера в благополучных обществах. Относительная депривация, вызывающая здесь негативные последствия для здоровья уязвимых слоев (благодаря негативным эмоциям и стрессам, порождаемым социальными сравнениями, чувствами отчужденности и несправедливости), может в определенной мере преодолеваться теми представителями этих слоев, у которых есть личностные резервы. Сходным образом, когда отсутствует надежная социальная защита со стороны государства, для сохранения здоровья людей с низким общественным положением может оказаться особенно важной актуализация остающихся в распоряжении некоторых из них резервов: помощи и поддержки близкого окружения и других людей, а также психологических ресурсов. Обратное предположение, согласно которому эти резервы могут оказаться важнее для людей с низким статусом в обществах с сильным социальным государством, также вполне вероятно. При обеспечении государством для неблагополучных людей достойного уровня жизни и доступа к медицинской помощи актуализируется проблема относительной депривации и начинает действовать описанный выше механизм компенсаторного влияния психологического потенциала. Наконец, есть основания ожидать, что буферный эффект обусловлен культурой. Влияние личностных резервов на здоровье людей, не имеющих необходимого доступа к иным ресурсам, обеспечивающим его поддержание, может с большей силой проявляться в культурных контекстах, в которых важное место отводится индивидуалистическим, а не коллективистским, ориентациям, где многие уверены, что контролируют свою жизнь, и ожидают перемен к лучшему, где для все большего круга людей становятся значимыми ценности, характерные для постиндустриального общества.

Решение задач исследования и проверка предположений осуществлялись в ходе совместного анализа эмпирических данных индивидуального и контекстуального уровней: первые характеризуют различия в здоровье людей с разными демографическими, социальными и психологическими характеристиками, проживающих в большинстве стран

Европы, а вторые – социетальные особенности самих этих стран, зафиксированные с помощью указанных выше трех групп факторов.

Индивидуальный уровень в нашей работе представлен массивами данных репрезентативных национальных опросов (население в возрасте старше 14 лет) для 27 стран, собранных в Европейском социальном исследовании (European Social Survey) 2012-2013 гг. [ESS... 2012]. В состав отобранных для анализа стран были включены Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Кипр, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Словакия, Словения, Украина, Финляндия, Франция, Чехия, Швейцария, Швеция и Эстония (общее число респондентов, которые учитывались в процессе анализа, составляет около 50 000 человек, средний размер выборочной совокупности – 1870 человек).

Состояние здоровья участников исследования фиксировалось в материалах ESS 6-го раунда с помощью двух показателей. Один из них позволяет судить об общем самочувствии человека по стандартному, широко используемому в социологических исследованиях вопросу о самооценке здоровья: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно ... 1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое». В нашем анализе наряду с пятибалльной шкалой использовался и дихотомический признак «хорошее здоровье», отделяющий респондентов, указавших две первые градации ответов (=1), от тех, кто отметил варианты оценок 3, 4 или 5 (=0). Второй показатель свидетельствует о наличии у человека достаточно серьезных проблем со здоровьем. Респондентам предлагалось ответить на вопрос: «Испытываете ли Вы какие-нибудь ограничения, трудности в своей повседневной жизни из-за хронического заболевания или инвалидности, физического недостатка или общей физической немощи, психического расстройства? Насколько серьезные ограничения, трудности Вы испытываете?... 1. Да, очень серьезные, 2. Да, испытываю некоторые ограничения, 3. Нет, не испытываю». В нашей работе применяется индекс ограничений повседневной активности, одна из градаций которого говорит об их отсутствии (=0), а другая – о «серьезных» или «некоторых» ограничениях (=1). В своем исследовании социальный статус мы измеряли с помощью оценок респондентами своего положения в общественной структуре: «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». Использование субъективного показателя социального положения вместо объективных переменных (образования, дохода и др.) связано с тем, что, согласно психосоциальной теории, на самочувствие человека серьезно влияют не только материальные лишения, но и относительная депривация, в том числе и то, как он оценивает свое положение в соотнесении с другими людьми. Различия в здоровье, обусловленные социальным статусом, анализировались при контроле демографических переменных: пола (0=Ж, 1=М) и возраста (полных лет), – а также переменной «социального капитала». Анализ социального капитала – самостоятельное направление в исследованиях влияющих на здоровье факторов. Вхождение в социальные сети и позитивные аттитюды к другим людям способствуют хорошему самочувствию, позволяя человеку преодолевать стрессы и получать поддержку в трудных жизненных ситуациях. Подробнее о роли социального

капитала для здоровья, операционализации этого понятия и его измерения, а также результатах моделирования с использованием данных ESS говорится в наших предшествующих работах [Русинова, Сафронов 2015; 2016].

Европейское социальное исследование включало в 6-ом раунде аналитический модуль, посвященный «личному и социальному благополучию» [European social... 2013]. Он содержит ряд интересующих нас показателей резервного психологического потенциала. В настоящей работе рассматриваются три характеристики этого потенциала, которые часто встречаются в релевантной научной литературе. Первая – «автономия», свидетельствующая о том, что человек в своей жизни или при осуществлении определенной деятельности свободен от контроля со стороны других людей. О ее выраженности говорит степень согласия респондента с суждением: «Полагаю, что я свободен решать для себя, как мне жить» (по пятибалльной шкале от полного согласия до полного несогласия). Вторая характеристика – «контроль», способность человека контролировать происходящее в своей жизни и свою деятельность, выраженная в шкальных оценках при ответе на вопрос: «В какой мере Вам удастся находить время, чтобы заняться тем, чем хочется?» (от 0 – вовсе не удастся до 10 – полностью удастся). Третья характеристика психологических ресурсов связана с «оптимизмом» в его личной и социальной формах – положительном оценивании человеком своего и общего будущего. Способы измерения – степень согласия с утверждениями: «Я всегда смотрю на свое будущее с оптимизмом» и «Судя по тому, что происходит в мире, трудно возлагать надежды на его будущее» (пятибалльные шкалы от полного согласия до полного несогласия). Представленные ниже результаты получены при рассмотрении общего индекса персональных психологических резервов, представляющего собой среднее арифметическое всех четырех описанных показателей (преобразованных в шкалы, изменяющиеся от 0 до 1). Анализ этих показателей по отдельности, предпринимавшийся на предварительной стадии работы (не приводится), позволяет получить сходные, с содержательной точки зрения, выводы, однако интересующие нас зависимости в этом случае оказываются менее отчетливо выраженными.

Эмпирическим свидетельством буферного эффекта является сокращение различий в состоянии здоровья респондентов с низким и высоким общественным положением (за счет более выраженного улучшения самочувствия первых), возникающее при учете совместного влияния переменных социального статуса и психологических ресурсов. В связи с этим еще одна переменная индивидуального уровня в нашем анализе – это интеракция между этим статусом и ресурсами.

На контекстуальном уровне, согласно нашим предположениям, заслуживают проверки факторы, различающие страны по: 1) экономическому благосостоянию; 2) развитию социального государства; 3) культуре.

1) Показатели экономического благосостояния:

а) ВВП - валовой внутренний продукт на душу, среднее значение за 2006-2012 гг.¹

¹ World Bank, World Development Indicators, GDP per capita, PPP, constant 2011 international \$. URL: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=NY.GDP.PCAP.PP.KD&country=> (дата обращения: 10.05.2017).

- b) Распространенность высокого уровня жизни – агрегированный показатель, доля респондентов ESS-2012, которые, отвечая на вопрос: «Какое из высказываний на этой карточке наиболее точно описывает уровень дохода Вашей семьи в настоящее время? ... А. Живем на этот доход, не испытывая материальных затруднений. Б. Этого дохода нам в принципе хватает. В. Жить на такой доход довольно трудно. Г. Жить на такой доход очень трудно», – выбрали вариант А.
 - c) Доходные неравенства – значения коэффициента Джини².
- 2) Признаки социального государства:
- a) Расходы государства на здоровье в душевом исчислении³.
 - b) Общие расходы на социальную защиту (на душу, рассчитаны в долларах США по паритету покупательной способности (\$, PPP) по данным: International Labor Organization, ILO, Total social protection expenditure, % GDP, 2009-2011; см. [World Social... 2014: Table B.13]).
 - c) Расходы на социальную помощь (на душу, \$, PPP, по данным Public social protection expenditure for persons of active age: general social assistance, % GDP, 2009-2011; см. [World Social... 2014: Table B.13]).
- 3) Индикаторы различий в культуре:
- a) Открытость изменению – агрегированный показатель, рассчитанный по ESS-2012, среднее для страны значение индивидуального индекса ценностных предпочтений «открытость изменению/сохранение» Ш. Шварца, полученного нами при факторном (главных компонент) анализе основных десяти типов ценностей, выделяемых в теории ценностных универсалий [Schwarz 1992; 2012]. Респондентам предлагалась краткая версия «портретного ценностного вопросника» (21-item version of the Portrait values questionnaire, PVQ) [Schwarz 2001].
 - b) Психологические ресурсы – агрегированный индекс, среднее значение для страны описанного ранее индивидуального показателя психологических ресурсов, свидетельствующее о распространенности в обществе личностей, которых характеризуют автономия, контроль над жизнью и оптимизм.
 - c) Индивидуализм – значение индекса, разделяющего, согласно концепции Хофстеде, страны по культурной предрасположенности к индивидуализму/коллективизму (Individualism index, IDV, имеются данные только для 24 из наших стран) [Hofstede et al. 2010: Table 4.1].

Дескриптивные статистики для всех переменных, участвующих в анализе, приведены в таблице 1.

² World Bank, World Development Indicators, GINI index. URL: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&series=SI.POV.GINI&country=> (дата обращения: 10.05.2017).

³ World Health Organization, WHO, General government health expenditure per capita, \$, PPP, 2012. URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения: 10.05.2017).

Таблица 1. Дескриптивные статистики для переменных индивидуального и контекстуального уровней (шкалы [0; 1])

ПЕРЕМЕННЫЕ, УРОВЕНЬ 1	Среднее значение	Стандартное отклонение
Оценка состояния здоровья [1; 5]	2,24	0,93
Ограничения по здоровью	0,26	0,44
Пол (M=1)	0,46	0,50
Возраст	0,38	0,21
Социальный статус (самооценка)	0,54	0,18
Психологические ресурсы	0,63	0,15
ФАКТОРЫ, УРОВЕНЬ 2		
ВВП на душу	0,41	0,21
Высокий уровень жизни	0,37	0,29
Неравенства: Джини	0,35	0,24
Госрасходы на здоровье	0,41	0,26
Социальные расходы	0,51	0,27
Социальная помощь	0,36	0,28
Сохранение / Открытость изменению	0,53	0,29
Психологические ресурсы	0,47	0,28
Индивидуализм	0,55	0,27

Иерархическая структура эмпирических данных, в которой индивиды со своими показателями здоровья, демографическими, социальными и психологическими особенностями (первый, индивидуальный уровень) соотнесены со странами, описанными в терминах экономического благосостояния, обеспечения государством социальных гарантий и культурных отличий (второй, контекстуальный уровень), анализировалась с помощью специально разработанного для данных такого рода статистического аппарата, относящегося к методам многоуровневого моделирования. В своей работе двухуровневое моделирование мы осуществляли с помощью специализированного пакета программ HLM (*Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling* [Raudenbush, Bryk 2002]). Рассматривались иерархические линейные и логистические модели со «случайными коэффициентами» для переменных первого уровня (индивидуальных различий) и интеракциями между этими переменными и факторами второго уровня (контекстуальных отличий между странами). При этом все эти переменные и факторы преобразовывали в шкалы, изменяющиеся от 0 до 1, что позволило сопоставлять в первом приближении силу их влияния на состояние здоровья. Кроме того, как и рекомендуется при многоуровневом моделировании, переменные 1-го уровня центрировались относительно средних значений в каждой из стран, а 2-го уровня – относительно общего среднего значения. Для устранения искажений в национальных выборках (возникающих вследствие неодинаковых вероятностей включения индивидов в выборочную совокупность, отображения в ней только части населения, ошибок из-за систематической склонности определенных людей к уклонению от ответов) в ходе анализа опросные данные взвешивались с помощью переменной «постстратификационные веса» (*post-stratification weights*)⁴.

⁴ См.: URL: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf (дата обращения: 15.05.2017).

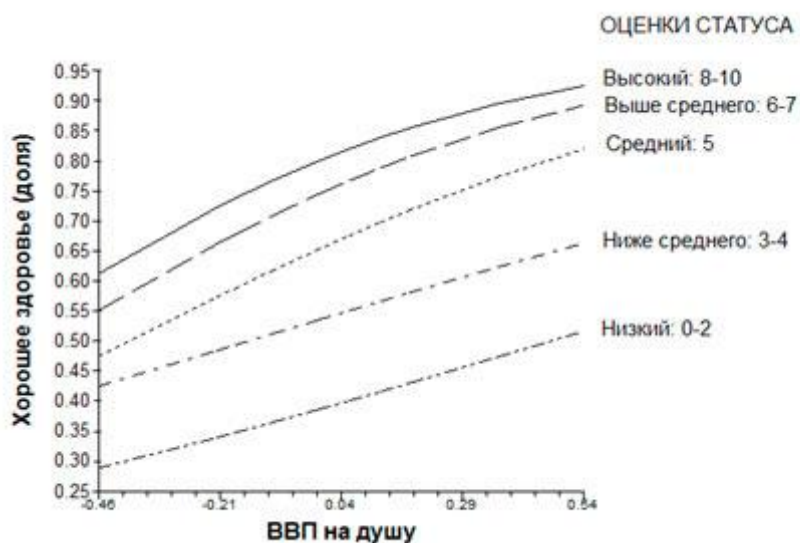
СТАТУСНЫЕ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

В европейских обществах с полной определенностью проявляются относительные неравенства в здоровье между людьми с низким и высоким общественным положением. В развитых странах эти неравенства не только не сокращаются, но, напротив, заметно усиливаются. Об этом свидетельствуют результаты двухуровневого логистического моделирования, приведенные на рисунке 1. В одной из моделей, которая использовалась для его построения (рисунок 1а), зависимая переменная – это дихотомический индекс, отделяющий тех, кто оценил свое здоровье как «хорошее» или «очень хорошее», от указавших, что оно «среднее», «плохое» или «очень плохое», а в другой – признак, свидетельствующий о наличии у респондента ограничений в повседневной активности, вызванных состоянием здоровья, или об их отсутствии (рисунок 1б). Независимые переменные в обеих моделях были представлены показателями укрупненных статусных оценок (пять категорий), а также контрольных переменных пола и возраста (первый уровень), и душевого ВВП (второй уровень).

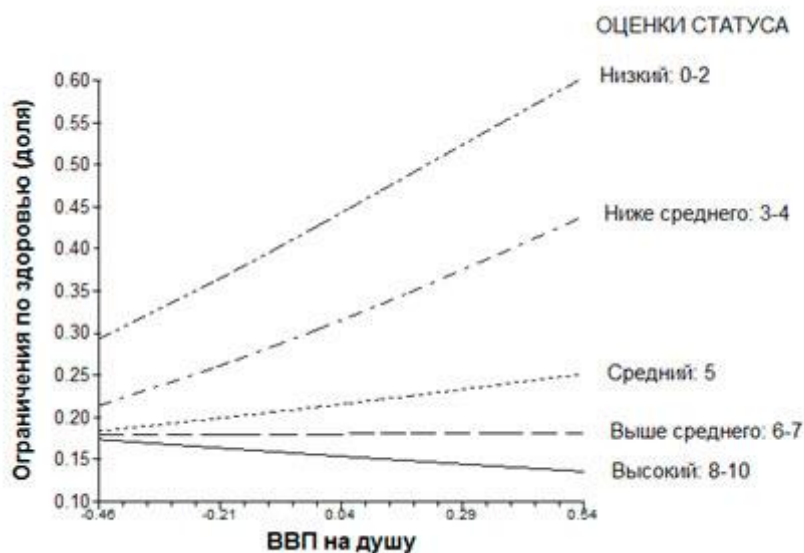
С дифференциацией статусных позиций, как видно на рисунке 1а, связан градиент постепенного улучшения состояния здоровья: с продвижением от низкого к высокому статусу все большая доля опрошенных в любой части Европы оценивает свое самочувствие как хорошее или очень хорошее. В странах с низким, по европейским меркам, уровнем развития экономики, к числу которых относятся многие посткоммунистические государства, в том числе и Россия, только 29% представителей низкостатусного слоя сообщают о хорошем состоянии своего здоровья. Этот показатель, постепенно повышаясь с подъемом по статусной лестнице, достигает у тех, кто обладает высоким общественным положением, значения в 61%. Между полярными социальными категориями – разрыв в оценках здоровья, превышающий 30 процентных пунктов.

С ростом экономического благополучия страны наблюдается заметное улучшение самочувствия в любой из статусных категорий, однако описанная картина с неравенствами становится еще более отчетливо выраженной (межуровневые интеракции между категориями невысокого статуса и душевого ВВП статистически значимы): отмеченный разрыв при самом большом ВВП достигает уже 40%.

Описанные зависимости подтверждаются и при рассмотрении другого показателя здоровья – ограничений повседневной активности. На рисунке 1б видно, что такого рода проблемы чаще встречаются у людей с невысоким статусом, чем у тех, кто занимает высокое общественное положение. Отчасти это связано с тем, что людям, которым здоровье не позволяет полноценно действовать, труднее добиться общественного успеха. Однако не менее важно и то, что немало представителей нижних социальных слоев не обладают крепким здоровьем вследствие ограниченного доступа к важным ресурсам, необходимым для его поддержания (качественное питание, рекреация, медицинская помощь, комфортная психологическая атмосфера), что повышает вероятность хронических заболеваний, в том числе и связанных с ограничениями активности.



а) Различия в оценках самочувствия



б) Ограничения повседневной активности по здоровью

Рисунок 1. Статусные неравенства в здоровье и уровень экономического развития

Примечания: Рисунки построены по уравнениям двухуровневых логистических моделей (Full PQL), фиксирующих расхождения между респондентами в признании а) хорошего состояния здоровья и б) ограничений в активности, обусловленных состоянием здоровья, в зависимости от воспринимаемого социального статуса (при контроле пола и возраста) и различий между странами по показателю душевого ВВП (шкала [0; 1], центрирована относительно среднего значения). N1 (уровень 1, индивиды) = 50526(а), 50407(б); N2 (уровень 2, страны) = 27.

Нарастание статусных неравенств в наиболее экономически развитых странах по сравнению с государствами, для которых характерны невысокие значения душевого ВВП, проявляется при анализе показателя «ограничений» даже с большей выразительностью, чем это видно при рассмотрении оценок самочувствия. Так, расхождение между крайними статусными категориями при самых низких значениях развития экономики составляет 12%

(в слое с низким статусом 29% сообщали о наличии ограничений, а с высоким – лишь 17%). Оно постепенно возрастает при повышении уровня экономического развития страны, достигая при его наибольших значениях разрыва в 47 процентных пунктов (проблема ограничений активности затрагивает 60% тех, кто занимает низкие позиции в обществе, тогда как при высоком статусе – только 13%).

Хотя относительные неравенства в здоровье в развитых странах Европы выражены заметно сильнее, чем в странах, отстающих по уровню экономического развития, следует помнить, что в первых эти неравенства характеризуют различия между весьма узким слоем с невысоким статусом (в пяти странах с самым высоким ВВП к двум нижним статусным категориям вместе относятся только около 10% опрошенных) и большинством, которое считает, что занимает позиции в обществе выше средней (около двух третей респондентов). В наименее развитых странах, напротив, большинство составляют те, у кого статус ниже среднего (в пяти странах с невысоким ВВП их около 43%), а в меньшинстве – люди со статусом выше среднего (27%).

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ НА НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ

Влияние психологических ресурсов на здоровье и на статусные неравенства в здоровье анализировалось с помощью построения двухуровневых моделей со «случайными коэффициентами», что позволило не только проверить предположения о том, что такое влияние действительно имеет место, но и выяснить, отличается ли оно в изучавшихся нами странах. При объяснении различий в оценках людьми своего самочувствия (по пятибалльной шкале) строились линейные модели, а отличий в ограничениях повседневной активности из-за проблем со здоровьем (дихотомический показатель) – логистические модели. И те, и другие в качестве независимых переменных включали: а) основные демографические признаки, определяющие состояние здоровья человека (пол и возраст); б) показатели социального статуса; в) социального капитала (интегрального показателя, свидетельствующего о вовлеченности индивида в сети социальных взаимодействий и отношения с другими людьми, отличающиеся доверием и взаимной поддержкой); г) психологических ресурсов; д) интеракций между показателями социального статуса и психологических ресурсов. Результаты моделирования приведены в таблице 2. Индекс психологических ресурсов в приведенных моделях объединяет показатели «автономия», «контроль» и «оптимизм» (среднее значение для преобразованных шкальных значений, изменяющихся в диапазоне от 0 до 1).

Модели 1 и 2 подтверждают хорошо известные факты о демографических и социальных различиях в здоровье: у женщин оно несколько хуже, чем у мужчин (когда речь идет об общем его состоянии, а не о подверженности серьезным заболеваниям), с возрастом здоровье, естественно, ухудшается, хуже оно становится и по мере снижения социального статуса. Все такие зависимости проявляются с большей определенностью в одних из изучавшихся стран, чем в других (дисперсии 2-го уровня, характеризующие размах влияния социальной демографии на здоровье, были статистически значимыми; не приводятся). Подтверждаются также теоретические представления о важности для здоровья социальных

отношений, получивших обоснование и в наших предшествующих работах [Русинова, Сафронов 2015; 2016]. Социальный капитал, согласно отрицательным, статистически значимым на высоком уровне и заметным по величине (в соотношении с влиянием возраста) гамма-коэффициентам, действительно играет важную роль, способствуя поддержанию самочувствия и смягчению воспринимаемого влияния на повседневную жизнь хронических заболеваний.

Таблица 2. Социальные неравенства в здоровье: влияние психологических ресурсов (двухуровневые модели со случайными коэффициентами)

ПЕРЕМЕННЫЕ, УРОВЕНЬ 1	Модель 1			Модель 2		
	Оценки состояния здоровья			Ограничения по здоровью		
	γ	t-ratio	sig.	γ	t-ratio	sig.
Intercept	2,21	41,5	0,000	-1,35	-18,9	0,000
Пол (М)	-0,06	-4,9	0,000	-0,14	-3,1	0,005
Возраст (лет)	1,63	14,2	0,000	3,83	15,4	0,000
Социальный капитал	-0,79	-13,8	0,000	-0,96	-5,7	0,000
Социальный статус	-0,62	-16,3	0,000	-1,23	-11,2	0,000
Психологические ресурсы	-1,05	-20,3	0,000	-2,15	-16,5	0,000
Статус x Психологические ресурсы	0,97	4,5	0,000	1,15	2,0	0,061
ДИСПЕРСИИ, УРОВЕНЬ 2	u		sig.	u		sig.
γ Статус x Психологические ресурсы	0,840		0,000	4,201		0,003
N1 (индивиды) / N2 (страны)	49196 / 27			49047 / 27		

Примечания: Модель 1: линейная (Full ML), зависимая переменная – оценки состояния здоровья (от 1 – «очень хорошее» к 5 – «очень плохое»). Модель 2: логистическая (Full PQL), зависимая переменная – ограничение повседневной активности из-за проблем со здоровьем (нет = 0, да = 1). Оценивание с использованием робастных стандартных ошибок.

Еще более выраженное позитивное воздействие на здоровье оказывают, как свидетельствуют наши модели, психологические ресурсы. Чем больше запасы таких ресурсов у человека (чем выше его убежденность в том, что он может сам решать, как ему жить, что ему удастся найти время, чтобы заняться тем, чем хочется, а также чем сильнее его уверенность, что у него, как и в мире вообще, все будет хорошо), тем больше вероятность того, что у него выше оценка своего здоровья (по обоим показателям: самочувствия и ограничений активности). Отметим, что влияние психологических ресурсов оказывается одним из самых сильных среди контролировавшихся переменных, уступая только возрасту. Так, значение регрессионного бета-коэффициента для переменной ресурсов в четырех странах с относительно невысоким уровнем жизни (Болгария, Венгрия, Россия и Украина), как и в странах с самым высоким уровнем (Дания, Норвегия, Швейцария, Швеция), равно соответственно 0,19 и 0,20.

Отметим также, что такая связь с переменной резервного психологического потенциала проявляется с разной степенью отчетливости в социальных слоях с низким и высоким общественным положением. Согласно статистически значимой положительной гамме для интеракции переменных статуса и психологических ресурсов в 1-ой модели, статусные неравенства в здоровье сокращаются по мере повышения этого потенциала. Наблюдается так называемый буферный эффект (или «moderating effect»: психологические ресурсы - «модератор», опосредующий воздействие статуса на здоровье). Этот эффект заключается в большем благоприятном влиянии психологических резервов на

самочувствие индивидов, обладающих низким общественным положением, по сравнению с теми, кто занимает более высокие статусные позиции.

Сокращение статусных неравенств под воздействием психологических ресурсов, как показывает представленная в нижней части таблицы 2 дисперсия для гамм, свидетельствующая о выраженности этого сокращения на 2-ом уровне ($p < 0,000$), заметно варьируется в изучавшихся европейских странах: в одних из них оно проявляется с гораздо большей определенностью, чем в других.

В модели 2, которая описывает различия в здоровье по признаку ограничений активности, также обнаруживается описанный эффект сокращения неравенств, и, хотя уровень значимости для интеракции соответствующих переменных не соответствует общепризнанному пятипроцентному критерию, он также, согласно значению дисперсии ($p < 0,003$), может оказаться достаточно заметным в одних странах, а в других, напротив, проявляться слабо или вовсе не проявляться.

Таким образом, результаты моделирования показывают, что психологические резервы, описываемые в терминах «автономии» человека от влияния других на его жизнь, его способности осуществлять «контроль» над ее ходом и «оптимистического» видения своего и всеобщего будущего, оказывают очень сильное положительное влияние на здоровье индивидов, которое проявляется даже при учете основных демографических и социальных переменных, определяющих его состояние. Эти резервы воздействуют и на статусные неравенства в здоровье, способствуя их сокращению. Наиболее вероятную форму такого сокращения можно описать, используя представление о буферном эффекте, согласно которому психологические ресурсы особенно важны для представителей нижних общественных страт, помогая им справляться с трудностями жизни и сохранять здоровье. Сила этого эффекта неодинакова в странах, охваченных Европейским социальным исследованием. Все эти закономерности достаточно отчетливо проявляются при моделировании с использованием обоих показателей здоровья: оценок респондентами своего самочувствия и наличия у них ограничений повседневной деятельности, обусловленных неважным его состоянием.

БУФЕРНЫЙ ЭФФЕКТ: РОЛЬ КОНТЕКСТУАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

В одних странах, как было нами установлено, психологические резервы выполняют функцию модератора, сглаживая статусные неравенства в здоровье, тогда как в других этого не происходит: неравенства сокращаются незначительно или вовсе не сокращаются. Нам предстоит теперь выяснить, с чем это может быть связано – найти контекстуальные факторы, различающие включенные в исследование страны, которые помогут объяснить, при каких общественных условиях начинает проявляться интересующий нас буферный эффект. Для этого в описанные в предшествующем разделе модели со случайными коэффициентами для переменных первого уровня включались по отдельности факторы второго уровня, характеризующие экономическое благосостояние, социальное государство и культуру, а также межуровневые интеракции этих переменных и факторов.

Результаты анализа, сведенные в таблицу 3, представлены моделями 3-20 (нечетные номера для уравнений, где зависимая переменная – оценки состояния здоровья, а четные – для уравнений, объясняющих ограничения жизнедеятельности по здоровью). В таблице приводятся гамма-коэффициенты (и уровень их статистической значимости) для межуровневых интеракций каждого из контекстуальных факторов с переменной первого уровня, фиксирующей эффект сокращения статусных неравенств под влиянием резервного психологического потенциала.

Таблица 3. Выраженность буферного эффекта психологических ресурсов: роль контекстуальных факторов (двухуровневые модели с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)

Модели	Уровень 2: факторы контекста	Межуровневые интеракции					
		Уровень 1: Статус x Психологические ресурсы					
		оценки состояния здоровья			ограничения по здоровью		
		γ	sig.	дисперсия γ , % explained	γ	sig.	дисперсия γ , % explained
<i>Экономическое благосостояние:</i>							
3; 4	ВВП на душу	2,34	0,016	26	6,36	0,031	33
5; 6	Высокий уровень жизни	2,49	0,000	63	5,90	0,020	53
7; 8	Неравенства: Джини	-0,91	0,259		0,58	0,722	
<i>Социальное государство:</i>							
9; 10	Госрасходы на здоровье	2,18	0,003	36	6,24	0,007	45
11; 12	Социальные расходы	1,01	0,159		3,52	0,096	
13; 14	Социальная помощь	1,89	0,011	32	4,30	0,036	33
<i>Культура:</i>							
15; 16	Открытость изменению	2,04	0,006	35	4,21	0,076	
17; 18	Психологические ресурсы	2,60	0,001	53	5,00	0,043	35
19; 20	Индивидуализм	1,48	0,015	18	0,31	0,885	

Примечания: Характеристики зависимых переменных, метод оценивания, N1 и N2 – как в моделях 1 и 2 (в моделях 19; 20 N1 = 45547, N2 = 24). В каждой из моделей 3-20 осуществляли контроль переменных 1-го уровня, приведенных в таблице 1, а также их интеракции с соответствующим фактором 2-го уровня.

Каждая модель характеризуется также процентной долей объясненной на 2-ом уровне дисперсии – вариации в изучавшихся странах влияния на здоровье интеракции «статус на психологические ресурсы». Она рассчитывалась по формуле: *Дисперсия γ , % Explained = (Дисперсия γ для модели со случайными коэффициентами – Дисперсия γ для модели с межуровневыми интеракциями) x 100 / Дисперсия γ для модели со случайными коэффициентами* (подробнее: [Raudenbush, Bryk 2002: 128]). Чем больше такая доля, тем лучше контекстуальный фактор объясняет различия между странами по выраженности в них интересующего нас эффекта.

Среди контекстуальных факторов экономического благосостояния (модели 3-8) статистически значимыми оказались показатели душевого ВВП и высокого уровня жизни (по доле людей в стране, живущих без материальных затруднений), тогда как доходные неравенства с выраженностью буферного эффекта оказались несвязанными. Развитие социального государства (модели 9-14), если судить о нем по государственным расходам на здоровье или на социальную помощь людям в активном возрасте с низкими доходами, но не по общему индексу социальных расходов, также позволяет в какой-то мере различать страны с большим и меньшим проявлением этого эффекта. Позволяют это сделать и все три

характеристики культуры (модели 15-20): распространения в обществе ценностей открытости изменениям за счет меньшего значения, придаваемого консервативному традиционализму; уверенности многих людей в способности контролировать обстоятельства жизни и оптимистическом видении ими будущего; индивидуалистического, а не коллективистского типа сознания. Все значимые гамма-коэффициенты для межуровневых интеракций отличаются положительным знаком, и это значит, что с большей выразительностью буферные эффекты проявляются в наиболее развитых странах с высоким уровнем экономического благополучия и сильной социальной политикой, а также в странах, культура которых несет на себе признаки западной цивилизации и все больше меняется сегодня в направлении укоренения ценностей постмодерна. Все наши предположения о возможных связях буферного эффекта с экономическим неблагополучием и слабой государственной социальной защитой, таким образом, оказываются несостоятельными.

Факторы, соотнесенные с одним из трех наших блоков (экономика, социальное государство, культура), как правило, довольно тесно взаимосвязаны (высокий уровень экономического развития предполагает более щедрые социальные расходы государства, а то и другое в свою очередь – большую приверженность культуре постмодерна). В целом они фиксируют градации различий между наиболее продвинутыми странами Северной и Западной Европы, с одной стороны, и отстающими (по европейским меркам) государствами, располагающимися в Южной части континента или принадлежащими посткоммунистическому миру, с другой. В связи с этим затруднительно вычленивать наиболее важные контекстуальные обстоятельства, способствующие актуализации буферного психологического воздействия (при статистическом анализе этому препятствует проблема мультиколлинеарности (*multicollinearity*)). Тем не менее согласно сведениям о доле объясненной дисперсии, указанным в таблице 3, ключевым фактором выступает реальный уровень жизни в стране. Для него эта доля является наибольшей и составляет 63%, когда речь идет об оценках самочувствия, и 53% в случае ограничений, вызванных хроническими заболеваниями. Объяснительные возможности всех прочих факторов оказались гораздо более скромными. Кроме того, можно показать, рассматривая изменения статистики, характеризующей соответствие моделей анализируемым данным («deviance statistics»), что буферный эффект связан, в первую очередь, именно с фактором уровня жизни (при добавлении в уравнение, содержащее этот показатель, любого иного фактора улучшения модели не происходит).

БУФЕРНЫЙ ЭФФЕКТ В КОНТЕКСТЕ: ИЛЛЮСТРАЦИЯ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ

Показатель национального уровня жизни, свидетельствующий, напомним, о доле респондентов в стране, сообщивших, что на свои доходы они могут жить без материальных затруднений, очень сильно варьируется для изучавшихся нами стран. Это хорошо видно на рисунке 2.

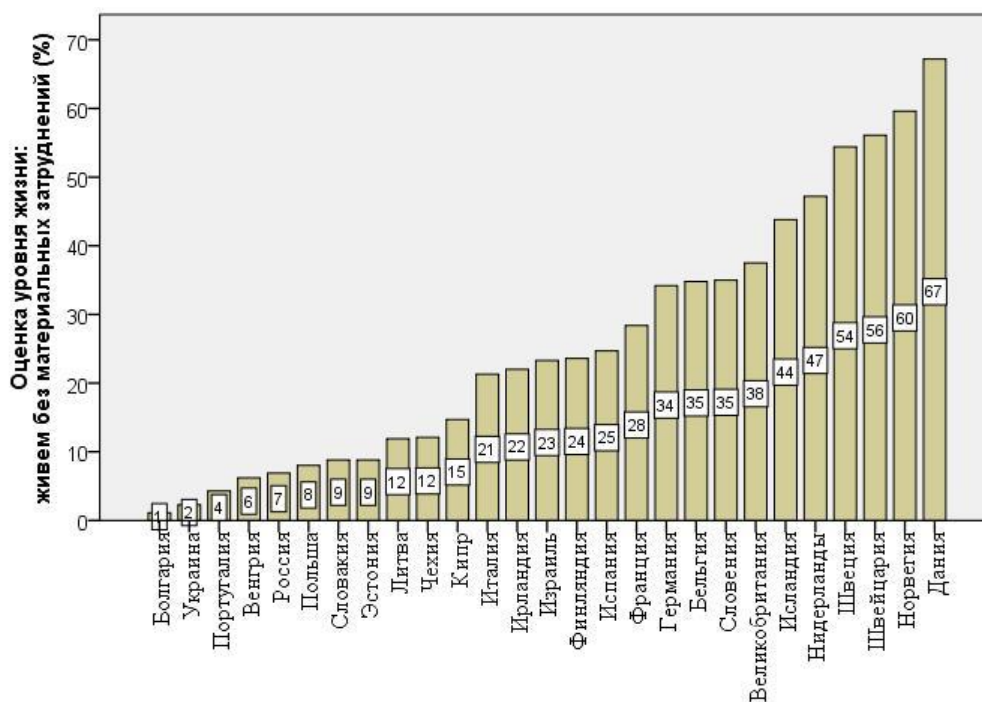


Рисунок 2. Представительство страт с высоким уровнем жизни в ESS-странах

Примечание: Оценка уровня жизни - агрегированный показатель, доля респондентов ESS-2012, которые, отвечая на вопрос: «Какое из высказываний на этой карточке наиболее точно описывает уровень дохода Вашей семьи в настоящее время? ... А. Живем на этот доход, не испытывая материальных затруднений. Б. Этого дохода нам в принципе хватает. В. Жить на такой доход довольно трудно. Г. Жить на такой доход очень трудно», – указали вариант А.

Во многих посткоммунистических странах, включая Россию, лишь считанные единицы процентов живут, не испытывая материальных трудностей. На противоположном полюсе, где этот показатель превышает пятидесятипроцентное значение, располагаются Швеция, Швейцария, Норвегия и Дания, чуть ниже – Нидерланды, Исландия и Великобритания.

Влияние национального уровня жизни на буферный эффект оценивалось в моделях 5 и 6 (таблица 2). С целью иллюстрации зависимостей, описываемых этими моделями, их уравнения использовали для построения рисунков 3а и 3б, на которых один и другой показатели здоровья представлены в зависимости от взаимодействия переменных статуса и психологических ресурсов для двух типов стран – с низким и высоким уровнем жизни.

Как видно на рисунке 3а, оценки людьми своего самочувствия существенно улучшаются с повышением резервного психологического потенциала, и такое улучшение затрагивает представителей социальных слоев с низким и более высоким общественным положением. Это улучшение происходит как в странах, где уровень жизни оставляет желать лучшего, так и в тех, где он достаточно высок. Однако если при низких показателях национального уровня жизни психологические ресурсы способствуют переменам самочувствия к лучшему у людей с низким и высоким статусом в примерно равной мере, то при высоких значениях этого контекстуального фактора для первых благотворное влияние проявляется с гораздо большей отчетливостью, чем для вторых. Другими словами, в странах, в которых доходы позволяют многим людям жить без материальных проблем,

наблюдается четко выраженный буферный эффект. Этот эффект оказывается обусловленным контекстом – в тех частях Европы, где уровень жизни населения остается относительно невысоким, сокращения статусных неравенств под воздействием психологических резервов не происходит.



а) Шкала самооценок состояния здоровья



б) Наличие ограничений в повседневной деятельности по здоровью

Рисунок 3. Буферный эффект: значение фактора национального уровня жизни

Примечания: Рисунки а) и б) построены по уравнениям двухуровневых моделей 5 и 6 соответственно. Персональные психологические ресурсы представлены переменной, разбитой (по распределению) на пятипроцентные интервалы. Низкий/высокий уровень жизни в стране – усредненные значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого уровня жизни (процента опрошенных в изучавшихся странах, которым доходы позволяют «жить без материальных затруднений»). Низкий/высокий статус – усредненные значения нижнего и верхнего квартилей переменной воспринимаемого положения в обществе.

Самое отчетливое улучшение самочувствия у представителей уязвимых слоев в странах с высоким уровнем жизни может наблюдаться, однако, и в силу того, что шкала самооценок не позволяла получить более дифференцированные данные о здоровье большей части населения благополучных стран, ограничивая их вариативность. Однако похожие зависимости можно видеть и на рисунке 3б, свидетельствующем о проявлении сходных закономерностей при использовании дихотомического показателя ограничений активности по здоровью (доля людей с такими ограничениями в разных странах слабо связана с уровнем их благосостояния). Психологические ресурсы помогают людям преодолевать чувство неполноценности, порождаемое хроническими заболеваниями, в любом статусном слое во всех странах. Но, как и при анализе самооценок здоровья, в странах с невысоким уровнем жизни это не влечет за собой сокращения социально-структурных неравенств, тогда как в более благополучных в этом отношении обществах неравенства заметно сглаживаются благодаря буферному эффекту, позитивным сдвигам в восприятии человеком проблем со здоровьем, большим при низком, чем при высоком статусе.

Обсуждая полученные результаты, отметим, что ни данные (относящиеся к одному временному срезу, cross-section), ни метод анализа (многоуровневые модели) не дают возможности напрямую интерпретировать полученные зависимости как причинно-следственные связи. Однако, как показывает обширная литература, посвященная проблеме социальных неравенств в здоровье, именно социально-экономический статус – «фундаментальная причина» различий в самочувствии, заболеваемости и смертности, а не наоборот, как можно было бы предположить, не учитывая всего комплекса накопленных в этой области знаний. То же самое можно сказать и о роли психологических ресурсов; об этом говорит целый ряд работ (в том числе упоминаемых в нашем обзоре состояния дел), проведенных в наиболее развитых странах, прежде всего в США, с использованием лонгитюда, специальных экспериментов и выборок. Поэтому наши результаты следует, скорее всего, рассматривать как подтверждение предположения о благоприятном воздействии психологических ресурсов на состояние здоровья людей.

Психологические ресурсы, согласно полученным результатам, важны для поддержания здоровья людей в любом социальном слое и во всех европейских странах, однако значимость этих ресурсов для уязвимых слоев зависит от общественного контекста. Буферный эффект обнаруживается, как правило, в странах Европы, отличающихся особенно высоким уровнем жизни. Согласно нашим предположениям, это может быть связано с тем, что на здоровье представителей нижних слоев здесь заметное воздействие оказывает относительная депривация. Преодолению негативных эмоций и стрессов, возникающих у них при социальных сравнениях, помогает резервный психологический потенциал. Действие такого механизма становится неотчетливым, когда здоровье больше зависит от недостатка материальных ресурсов, как это имеет место в странах с невысоким уровнем жизни.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

В представленном исследовании обсуждается проблема влияния персональных психологических ресурсов на социальные неравенства в здоровье. Согласно установленным ранее фактам такое влияние можно описать в терминах буферного эффекта: психологические ресурсы в большей мере способствуют поддержанию здоровья людей, принадлежащих к нижним социальным слоям, чем тех, кто располагает выше в общественной стратификации, вследствие чего неравенства могут сокращаться. Работы, в которых были выявлены эти факты, проводились преимущественно в развитых западных странах, и остается неясным, является ли буферный эффект универсальным механизмом сглаживания неравенств в здоровье или же он действует только в специфических общественных условиях, характерных для этих стран.

Полученные нами результаты подтверждают предположение о том, что буферное сокращение статусных неравенств под воздействием психологических ресурсов зависит от общественного контекста. Такое сокращение имеет место, как правило, в благополучных обществах – в тех странах Европы, которые отличаются высоким уровнем жизни. В этих обществах негативные последствия для здоровья сравнительно немногочисленных уязвимых слоев связаны не столько с материальными лишениями, сколько с относительной депривацией – негативными эмоциями, стрессами, острым переживанием отчужденности, маргинальности и несправедливости, которые порождаются социальными сравнениями с благополучным большинством. Психологические резервы позволяют смягчать отрицательные эффекты для здоровья, вызываемые действием этого механизма.

В таких странах, как Россия, где уровень жизни большей части населения остается невысоким, состояние здоровья людей с низким общественным положением, составляющих относительное большинство, в меньшей степени обусловлено депривацией, порождаемой социальными сравнениями. Оно остается связанным главным образом с ограниченным доступом к качественному питанию, рекреации и медицинской помощи, так что психологический потенциал, помогая преодолевать трудности жизни, позитивно сказывается на самочувствии уязвимых страт, но не сильнее, чем других социальных категорий.

ЛИТЕРАТУРА

- Вишневский А., В. Школьников (1997). Смертность в России: главные группы риска и приоритеты действия. М.: Московский Центр Карнеги. 84 с.
- Кислицына О.А. (2015). Влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья: роль абсолютных или относительных лишений // Журнал исследований социальной политики. 2: 289-302.
- Кислицына О.А., С. Ферландер (2015). Роль социальных отношений в объяснении социально-экономических различий в состоянии здоровья россиян // Социальные аспекты здоровья населения. 4: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang.ru/> (дата обращения: 05.10.2017).

- Неравенство и смертность в России (2000) / Под ред. В. Школьников, Е. Андреева и Т. Малевой. М.: Сигналь. 107 с.
- Римашевская Н., О. Кислицина (2004). Неравенство доходов и здоровье // Народонаселение. 2: 5-17.
- Русинова Н.Л., В.В. Сафронов (2015). Здоровье в странах Европы: статусные неравенства и влияние социального капитала // Социологический журнал. 4: 34-60.
- Русинова Н.Л., В.В. Сафронов (2016). Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образования и социального капитала // Социологический журнал. 3: 82-106.
- Тапилина В.С. (2002). Социально-экономическая дифференциация и здоровье населения России // ЭКО. 2: 114-125.
- Adler N.E., T. Boyce, M.A. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R.L. Kahn, S.L. Syme (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient // American Psychologist. 49(1): 15-24.
- Arcaya M.C., A.L. Arcaya, S.V. Subramanian (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // Glob health action. 8. URL: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106> (дата обращения: 05.10.2017).
- Atal S., C. Cheng (2016). Socioeconomic health disparities revisited: coping flexibility enhances health-related quality of life for individuals low in socioeconomic status // Health and quality of life outcomes. 14:7. DOI: 10.1186/s12955-016-0410-1.
- Baron R.M., D.A. Kenny (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical consideration // Journal of personality and psychology. 51(6): 1173-1182.
- Berkman L.F., T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support, and health // Social epidemiology / L.F. Berkman, I. Kawachi, eds. Cambridge: Oxford university press: 137-173.
- Boehm J.K., L.D. Kubzansky (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health // Psychological bulletin. 138(4): 655-691.
- Boehm J.K., Y. Chen, D.R. Williams, C. Ryff, L.D. Kubzansky (2015). Unequally distributed psychological assets: are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? // PLoS ONE. 10(2): e0118066. DOI:10.1371/journal.pone.0118066.
- Chen E., G.E. Miller (2012). «Shift-and-persist» strategies: why being low in socioeconomic status isn't always bad for your health. // Perspectives on psychological science. 7(2): 135-158.
- Clarke P., J. Smith (2011). Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England // The journals of gerontology. Series B: Psychological sciences and social sciences. 66(4): 457-467.
- Elliot A.J., B.P. Chapman (2016). Socioeconomic status, psychological resources, and inflammatory markers: results from the MIDUS study // Health psychology. 35(11): 1205-1213.
- ESS Round 6: European social survey round 6 data (2012). Data file edition 2.2. NSD - Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for

- ESS ERIC. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6> (дата обращения: 17.05.2017).
- European social survey (2013). Round 6 Module on personal and social wellbeing – final module in template. London: Centre for comparative social surveys, City university London.
- Gallo L.C., K.E. de los Monteros, S. Shivpuri (2009). Socioeconomic status and health: what is the role of reserve capacity? // *Current directions in psychological science*. 18(5): 269–274.
- Gallo L.C., A.K. Matthews (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? // *Psychological bulletin*. 129 (1): 10–51.
- Hofstede G., G.J. Hofstede, M. Minkov (2010). *Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. New York: McGraw-Hill.
- Kan C., N. Kawakami, M. Karasawa, G.D. Love, C.L. Coe, Y. Miyamoto, C.D. Ryff, S. Kitayama, K.B. Curhan, H.R. Markus (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.
- Kawachi I., L.F. Berkman (2000). Social cohesion, social capital, and health // *Social epidemiology* / L.F. Berkman, I. Kawachi, eds. New York: Oxford university press: 174–190.
- Kawachi I., S.V. Subramanian, D. Kim, eds. (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.
- Lachman M.E., S.L. Weaver (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being // *Journal of personality and social psychology*. 74: 763–773.
- 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., I. Stirbu, A.-J.R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A.E. Kunst (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // *New England journal of medicine*. 358: 2468–2481.
- Marmot M., C.D. Ryff, L.L. Bumpass, M. Shipley, N.F. Marks (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence // *Social science & medicine*. 44(6): 901–910.
- Marmot M., R.G. Wilkinson, eds. (2006). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford university press.
- Matthews K.A., L.C. Gallo (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health // *Annual review of psychology*. 62: 501–530.
- Matthews K.A., L.C. Gallo, S.E. Taylor (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*. 1186: 146–173.
- Morozink J.A., E.M. Friedman, C.L. Coe, C.D. Ryff (2010). Socioeconomic and psychosocial predictors of interleukin-6 in the MIDUS national sample // *Health psychology*. 29(6): 626–635.
- O'Brien K.M. (2012). Healthy, wealthy, wise? Psychosocial factors influencing the socioeconomic status–health gradient // *Journal of health psychology*. 17(8): 1142–1151.

- Rasmussen H.N., M.F. Scheier, J.B. Greenhouse (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review // *Annals of behavioral medicine*. 37(3): 239-256.
- Raudenbush S.W., A.S. Bryk (2002). *Hierarchical linear models: applications and data analysis methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rostila M. (2013). *Social capital and health inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Ryff C.D., B.T. Radler, E.M. Friedman (2015). Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9–10 years: longitudinal evidence from MIDUS // *Health psychology open*. 2(2). URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055102915601582> (дата обращения: 05.10.2017).
- Schöllgen I., O. Huxhold, B. Schüz, C. Tesch-Römer (2011). Resources for health: differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status // *Health psychology*. 30(3): 326–335.
- Schwartz S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries // *Advances in experimental social psychology*. 25: 1–65.
- Schwartz S.H. (2001). A proposal for measuring value orientations across nations // *European social survey core questionnaire development*. London: European Social Survey, City university London: 259-319. URL: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_human_values.pdf (дата обращения: 10.05.2017).
- Schwartz S.H. (2012). An overview of the schwartz theory of basic values // *Online readings in psychology and culture*. 2(1). URL: <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116> (дата обращения: 10.05.2017).
- Szreter S., M. Woolcock (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health // *International journal of epidemiology*. 33(4): 650–667.
- Taylor S.E., T.E. Seeman (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship // *Annals of the New York Academy of sciences*. 896: 210-225.
- Turiano N., B.P. Chapman, S. Agrigoroaei, F.J. Infurna, M. Lachman et al. (2014). Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels // *Health psychology*. 33(8): 883-890.
- van Deurzen I., E. van Ingen, W.J.H.van Oorschot (2015). Income inequality and depression: the role of social comparisons and coping resources // *European sociological review*. 31 (4): 477-489.
- World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice (2014). Geneva: ILO.
- Zilioli S., L. Imami, R.B. Slatcher (2015). Life satisfaction moderates the impact of socioeconomic status on diurnal cortisol slope // *Psychoneuroendocrinology*. 60: 91–95.
- Zilioli S., L. Imami, R.B. Slatcher (2017). Socioeconomic status, perceived control, diurnal cortisol, and physical symptoms: a moderated mediation model // *Psychoneuroendocrinology*. 75: 36–43.

PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES AND SOCIAL INEQUALITIES OF HEALTH: THE STRENGTH OF THE BUFFER EFFECT IN EUROPEAN COUNTRIES

NINA RUSINOVA, VIACHESLAV SAFRONOV

The article is devoted to the problem of the impact of personal psychological resources on social inequality in health. In developed countries, according to previous studies, such an impact is described in terms of the buffer effect: psychological resources are more conducive to maintaining good health in lower social strata, so that inequalities become less pronounced. At the same time, it is unclear whether the buffering effect is a universal mechanism for smoothing out health inequalities or is valid only in specific societal contexts of these countries. This paper analyzes the ESS 2012 data - representative surveys conducted in 27 countries, including Russia, as well as World Bank, WHO and ILO statistics and other analytical information about the economy, social welfare and culture of these countries. The application of statistical methods of two-level hierarchical modeling (linear and logistic) has shown that the state of people's health (of their assessment of it and of the everyday problems caused by chronic disease) in all countries is socially stratified - it clearly deteriorates with decreasing social status. And in all of them psychological resources (control over life, autonomy and optimism) play an important role in maintaining health, contributing to its improvement in all social layers. The results confirm the existence of a buffer effect, the strength of which, however, depends upon societal context. The reduction of status inequalities thanks to psychological reserve capacity usually takes place in affluent societies – European countries, in which many people live without financial difficulties. In these countries, psychological reserves have particularly strong beneficial effects on the health of individuals with low status, helping them to overcome the negative emotions and stress caused by relative deprivation.

Key words: health, social inequalities, psychological resources, buffer effect, European Social Survey, two-level modeling.

NINA L. RUSINOVA (nrusinova@gmail.com), FEDERAL CENTER OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

VIACHESLAV V. SAFRONOV (vsafonov@list.ru), FEDERAL CENTER OF THEORETICAL AND APPLIED SOCIOLOGY OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES, RUSSIA.

THE STUDY WAS DONE WITH RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES FUNDING, THE PROJECT "COMPARATIVE STUDY OF INDIVIDUAL AND SOCIETAL FACTORS OF INEQUALITIES IN HEALTH IN RUSSIA AND EUROPEAN COUNTRIES" No. 0169-2015-0007.

DATE RECEIVED: JUNE 2017.

REFERENCES

- Adler N.E., T. Boyce, M.A. Chesney, S. Cohen, S. Folkman, R.L. Kahn, S.L. Syme (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient // *American Psychologist*. 49(1): 15-24.
- Arcaya M.C., A.L. Arcaya, S.V. Subramanian (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories // *Glob health action*. 8. URL: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106> (accessed: 05.10.2017).
- Atal S., C. Cheng (2016). Socioeconomic health disparities revisited: coping flexibility enhances health-related quality of life for individuals low in socioeconomic status // *Health and quality of life outcomes*. 14:7. DOI: 10.1186/s12955-016-0410-1.

- Baron R.M., D.A. Kenny (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical consideration // *Journal of personality and psychology*. 51(6): 1173-1182.
- Berkman L.F., T. Glass (2000). Social integration, social networks, social support, and health // *Social epidemiology* / L.F. Berkman, I. Kawachi, eds. Cambridge: Oxford university press: 137-173.
- Boehm J.K., L.D. Kubzansky (2012). The heart's content: the association between positive psychological well-being and cardiovascular health // *Psychological bulletin*. 138(4): 655-691.
- Boehm J.K., Y. Chen, D.R. Williams, C. Ryff, L.D. Kubzansky (2015). Unequally distributed psychological assets: are there social disparities in optimism, life satisfaction, and positive affect? // *PLoS ONE*. 10(2): e0118066. DOI:10.1371/journal.pone.0118066.
- Chen E., G.E. Miller (2012). «Shift-and-persist» strategies: why being low in socioeconomic status isn't always bad for your health. // *Perspectives on psychological science*. 7(2): 135-158.
- Clarke P., J. Smith (2011). Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England // *The journals of gerontology. Series B: Psychological sciences and social sciences*. 66(4): 457-467.
- Elliot A.J., B.P. Chapman (2016). Socioeconomic status, psychological resources, and inflammatory markers: results from the MIDUS study // *Health psychology*. 35(11): 1205-1213.
- ESS Round 6: European social survey round 6 data (2012). Data file edition 2.2. NSD - Norwegian Centre for Research Data, Norway – Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6> (accessed: 17.05.2017).
- European social survey (2013). Round 6 Module on personal and social wellbeing – final module in template. London: Centre for comparative social surveys, City university London.
- Gallo L.C., A.K. Matthews (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? // *Psychological bulletin*. 129 (1): 10-51.
- Gallo L.C., K.E. de los Monteros, S. Shivpuri (2009). Socioeconomic status and health: what is the role of reserve capacity? // *Current directions in psychological science*. 18(5): 269-274.
- Hofstede G., G.J. Hofstede, M. Minkov (2010). *Cultures and organizations: software of the mind: intercultural cooperation and its importance for survival*. New York: McGraw-Hill.
- Kan C., N. Kawakami, M. Karasawa, G.D. Love, C.L. Coe, Y. Miyamoto, C.D. Ryff, S. Kitayama, K.B. Curhan, H.R. Markus (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.
- Kawachi I., L.F. Berkman (2000). Social cohesion, social capital, and health // *Social epidemiology* / L.F. Berkman, I. Kawachi, eds. New York: Oxford university press: 174-190.
- Kawachi I., S.V. Subramanian, D. Kim, eds. (2008). *Social capital and health*. New York: Springer.

- Kislitsyna O.A. (2015). Vliyanie sotsial'no-ekonomicheskikh faktorov na sostoyanie zdorov'ya: rol' absolyutnykh ili otnositel'nykh lisheniy [The impact of socio-economic factors on health: the role of absolute or relative deprivation] // Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki [The journal of social policy studies]. 2: 289-302.
- Kislitsyna O.A., S. Ferlander (2015). Rol' sotsial'nykh otnosheniy v ob'yasnenii sotsial'no-ekonomicheskikh razlichiy v sostoyanii zdorov'ya rossiyan [Role of social relations in explaining socio-economic health disparities among the Russians] // Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [Social aspects of population health]. 4: URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/694/30/lang,ru/> (accessed: 05.10.2017).
- Lachman M.E., S.L. Weaver (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being // Journal of personality and social psychology. 74: 763–773.
- 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., I. Stirbu, A.-J.R. Roskam, M.M. Schaap, G. Menvielle, M. Leinsalu, A.E. Kunst (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // New England journal of medicine. 358: 2468–2481.
- Marmot M., C.D. Ryff, L.L. Bumpass, M. Shipley, N.F. Marks (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence // Social science & medicine. 44(6): 901–910.
- Marmot M., R.G. Wilkinson, eds. (2006). Social determinants of health. Oxford: Oxford university press.
- Matthews K.A., L.C. Gallo (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health // Annual review of psychology. 62: 501-530.
- Matthews K.A., L.C. Gallo, S.E. Taylor (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. 1186: 146-173.
- Morozink J.A., E.M. Friedman, C.L. Coe, C.D. Ryff (2010). Socioeconomic and psychosocial predictors of interleukin-6 in the MIDUS national sample // Health psychology. 29(6): 626–635.
- Neravenstvo i smertnost' v Rossii [Inequality and mortality in Russia] (2000) / V. Shkolnikov, E. Andreeva, T. Maleva, eds. Moscow: Signal. 107 p.
- O'Brien K.M. (2012). Healthy, wealthy, wise? Psychosocial factors influencing the socioeconomic status–health gradient // Journal of health psychology. 17(8): 1142–1151.
- Rasmussen H.N., M.F. Scheier, J.B. Greenhouse (2009). Optimism and physical health: a meta-analytic review // Annals of behavioral medicine. 37(3): 239-256.
- Raudenbush S.W., A.S. Bryk (2002). Hierarchical linear models: applications and data analysis methods. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rimashevskaya N., O. Kislitsyna (2004). Neravenstvo dokhodov i zdorov'e [Income inequality and health] // Narodonaselenie [Population]. 2: 5-17.
- Rostila M. (2013). Social capital and health inequality in European Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Rusinova N.L., V.V. Safronov (2015). Zdorov'e v stranakh Evropy: statusnye neravenstva i vliyanie sotsial'nogo kapitala [Health in the European States: ses inequalities and social capital] // *Sotsiologicheskii zhurnal* [Sociological journal]. 4: 34-60.
- Rusinova N.L., V.V. Safronov (2016). Sotsial'nye riski depressii v Evrope i Rossii: znachenie demografii, obrazovaniya i sotsial'nogo kapitala [Social risks of depression in Europe and Russia: the role of demographics, education and social capital] // *Sotsiologicheskii zhurnal* [Sociological journal]. 3: 82-106.
- Ryff C.D., B.T. Radler, E.M. Friedman (2015). Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9–10 years: longitudinal evidence from MIDUS // *Health psychology open*. 2(2). URL: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2055102915601582> (accessed: 05.10.2017).
- Schöllgen I., O. Huxhold, B. Schüz, C. Tesch-Römer (2011). Resources for health: differential effects of optimistic self-beliefs and social support according to socioeconomic status // *Health psychology*. 30(3): 326–335.
- Schwartz S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries // *Advances in experimental social psychology*. 25: 1–65.
- Schwartz S.H. (2001). A proposal for measuring value orientations across nations // *European social survey core questionnaire development*. London: European Social Survey, City university London: 259-319. URL: http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/core_ess_questionnaire/ESS_core_questionnaire_human_values.pdf (accessed: 10.05.2017).
- Schwartz S.H. (2012). An overview of the schwartz theory of basic values // *Online readings in psychology and culture*. 2(1). URL: <http://dx.doi.org/10.9707/2307-0919.1116> (accessed: 10.05.2017).
- Szreter S., M. Woolcock (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health // *International journal of epidemiology*. 33(4): 650–667.
- Tapilina V.S. (2002). Sotsial'no-ekonomicheskaya differentsiatsiya i zdorov'e naseleniya Rossii [Socio-economic differentiation and health of the population of Russia] // *EKO* [ECO]. 2: 114-125.
- Taylor S.E., T.E. Seeman (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship // *Annals of the New York Academy of sciences*. 896: 210-225.
- Turiano N., B.P. Chapman, S. Agrigoroaei, F.J. Infurna, M. Lachman et al. (2014). Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels // *Health psychology*. 33(8): 883-890.
- van Deurzen I., E. van Ingen, W.J.H.van Oorschot (2015). Income inequality and depression: the role of social comparisons and coping resources // *European sociological review*. 31 (4): 477-489.
- Vishnevsky A., V. Shkolnikov (1997). Smertnost' v Rossii: glavnye gruppy riska i priority deystviya [Mortality in Russia: the main risk groups and priorities of action]. Moscow: Moskovskiy Tsentr Karnegi. 84 p.
- World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice (2014). Geneva: ILO.
- Zilioli S., L. Imami, R.B. Slatcher (2015). Life satisfaction moderates the impact of socioeconomic status on diurnal cortisol slope // *Psychoneuroendocrinology*. 60: 91–95.

Zilioli S., L. Imami, R.B. Slatcher (2017). Socioeconomic status, perceived control, diurnal cortisol, and physical symptoms: a moderated mediation model // Psychoneuroendocrinology. 75: 36–43.