

СОЦИАЛЬНЫЕ НЕРАВЕНСТВА В ЗДОРОВЬЕ: ПОСРЕДНИЧЕСКАЯ РОЛЬ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЛИШЕНИЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ

НИНА РУСИНОВА

Многочисленные исследования свидетельствуют о социальном структурировании здоровья – оно заметно ухудшается по мере снижения социально-экономического статуса: уровня образования, доходов, профессионального положения. Основные теоретические подходы к объяснению таких неравенств связаны с материалистической, психосоциальной и поведенческой интерпретациями. В настоящем обзоре представлено современное состояние исследований, посвященных проверке этих подходов. Эмпирический анализ позволил установить, что менее удовлетворительное здоровье в нижних общественных слоях связано не только с повышенными поведенческими рисками (распространенностью курения и злоупотребления алкоголем), но и в значительной мере порождается неблагоприятными материальными условиями жизни представителей этих слоев. Психосоциальные объяснения также получили убедительные подтверждения в эмпирических исследованиях, посвященных изучению медиативных эффектов, связанных со стрессовыми воздействиями и психологическими ресурсами личности. В последнее время эти выводы ставятся под сомнение в связи с тем, что при учете совместного посреднического влияния материальных, психосоциальных и поведенческих факторов выраженность отдельных медиаций оказалась менее отчетливой: психосоциальные и поведенческие эффекты проявлялись не так явно, как при раздельном анализе, уступая по силе посредничеству материальных условий. Но и это заключение требует уточнения, учитывая, что медиативные эффекты могут зависеть от общественного макроконтекста. Не исключено, что материальные и психологические посредники окажутся менее выраженными в странах с сильной экономикой и социальными гарантиями, поскольку уязвимые слои могут рассчитывать в них на защиту со стороны государства и сохранять уверенность в собственных силах, с оптимизмом глядя в будущее. В менее развитых странах, не способных обеспечивать на высоком уровне социальные гарантии, посредником структурных неравенств будут служить не только материальная депривация, но и психологические ресурсы, которые люди с низким общественным положением утрачивают из-за тягот жизни.

Ключевые слова: социальные неравенства в здоровье, материалистическое, психосоциальное и поведенческое объяснения, материальная депривация, психологические ресурсы, прямые и последовательные посреднические эффекты, современное состояние исследований

ПРОБЛЕМА

Рассмотрение социально-структурных различий в смертности, заболеваемости и самочувствии – одно из важнейших направлений в современных исследованиях проблем общественного здоровья.

Нина Львовна Русинава (nrusinova@gmail.com), Социологический институт РАН – филиал ФНИСЦ РАН, Россия.

Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект «Социальные неравенства в здоровье и персональные психологические ресурсы: исследование взаимосвязи в России и странах Европы методами многоуровневого моделирования» (рук. Н.Л. Русинава), грант №18-013-00064 А.

Статья поступила в редакцию в июле 2019 г.

Изучение зависимостей между состоянием здоровья и социально-экономическим статусом имеет давнюю историю и прошло в своем развитии несколько значимых этапов. Представления о бедности как основной причине нездоровья низкостатусных групп дополнились поисками доказательств существования социального градиента, свидетельствующего об ухудшении здоровья при переходе от высоких к более низким общественным позициям, а интерес к описанию наблюдаемых социально-экономических дифференциаций сместился к изучению стоящих за ними объяснительных механизмов. В их число позднее были включены многоуровневые влияния, учитывающие и макрообщественный контекст, а также взаимодействие индивидуальных и контекстуальных особенностей, возможность прямых и посреднических эффектов (Adler, Stewart 2010).

Здоровье испытывает на себе комплексное воздействие целого ряда сил, связанных как с естественными процессами старения организма, так и с социальными обстоятельствами. На него влияют материальные условия жизни, общественные институты, обеспечивающие доступ к системе здравоохранения, личностные черты, позволяющие преодолевать трудные периоды жизни, а также характерные различия в образе жизни, связанные и с поддерживающим здоровье поведением, и с деструктивными поведенческими практиками, включая курение и злоупотребление алкоголем.

Исследования показали, что социально-экономический статус, структурирующий доступ людей к этим жизненно важным материальным и нематериальным ресурсам, – одна из важнейших характеристик, дифференцирующих здоровье. Люди, занимающие более низкие ступени социальной лестницы, в среднем, умирают более молодыми, чаще страдают от хронических физических и психических заболеваний, инвалидности и сталкиваются с большим количеством разнообразных проблем со здоровьем. Социальные градиенты в здоровье проявляются по всем аспектам неравенств, будь то социально-профессиональная стратификация, различия в доходах или образовании.

Существование заметных социально-экономических неравенств в здоровье – широко обсуждаемая проблема в Европе. Множество эмпирических исследований, подтверждающая социальную структуризацию здоровья по целому ряду индикаторов – преждевременной смертности (Bleich et al. 2012; Mackenbach et al. 2015), заболеваемости (Mackenbach et al. 2008), самооценкам здоровья (Granström et al. 2015; Moor et al. 2018), – приводят к заключению, что в течение последних десятилетий эти неравенства, несмотря на активные усилия, предпринимаемые правительствами многих европейских стран для их сокращения, оставались стабильными и даже несколько возросли (Granström et al. 2015; Mackenbach et al. 2016), охватывая не только взрослое население, но и подрастающие поколения (Elgar et al. 2015; Moor et al. 2015).

Предлагаемые объяснения устойчивой связи социально-экономического статуса и здоровья относятся к трем основным подходам (Goldman 2001; Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho 2002). Первый – (нео)материалистический – предполагает, что неравенства в здоровье являются результатом действия сил макроуровня: политико-экономических процессов, которые, генерируя неравенство в доходах и соответственно экономических ресурсах индивидов, а также оказывая воздействие на ресурсы сообщества (такие, как

образование, здравоохранение, социальное обеспечение и условия труда), приводят к неравной подверженности различных групп населения материальному неблагополучию. Таким образом, те, кто имеет более высокие доходы, получает возможность обеспечить себя хорошим жильем, питанием, безопасными условиями жизни и получить доступ к качественному медицинскому обслуживанию (Lynch et al. 2000). Согласно второму (психосоциальному) объяснению, различия в здоровье между социально-экономическими группами связаны с психосоциальными факторами: большей подверженностью социально обездоленных слоев неблагоприятным стрессовым воздействиям и ограниченностью имеющихся в их распоряжении запасов социальных и личностных психологических ресурсов, которые могли бы служить защитой от этих воздействий, снижая их негативные последствия для психического и физического здоровья (Adler et al. 1994; Adler, Snibbe 2003; Marmot 2004). Третий (культурно-поведенческий) подход подразумевает, что неравенства в здоровье в значительной мере являются следствием различий в образе жизни, закрепленных в социальных субкультурах стереотипах поведения, так что для представителей низкостатусных слоев характерна меньшая вовлеченность в поддерживающие здоровье поведенческие практики: занятия физкультурой, спортом, другими формами активной рекреации, – а также большая приверженность несущему риску для здоровья поведению: неправильному питанию, курению и злоупотреблению алкоголем (Brunello et al. 2016).

Многочисленные исследования показывают, что каждая из этих групп факторов (материальные, психосоциальные и поведенческие) оказывает самостоятельное влияние на здоровье. Однако, будучи неравномерно распределенными по ступеням социальной иерархии, эти факторы могут отчасти объяснять социальную структурированность здоровья, выполняя роль посредников между социально-экономическим статусом и здоровьем.

Относительный вклад различных объяснительных факторов до сих пор дебатруется. Наибольшие споры вызывает вопрос об относительной важности материальных и психосоциальных факторов в объяснении социально-экономических неравенств в здоровье (Lynch et al. 2000; Marmot, Wilkinson 2001). Исследования, фокусирувавшиеся на том или ином механизме, указывают на то, что в основе неравенств лежат множественные воздействия. Кроме того, механизмы, вероятно, взаимосвязаны, т. е. действуют скорее друг через друга, нежели автономно. Выяснение и статистическое обоснование этих непрямых, медиативных эффектов в оценке относительной важности различных объяснительных механизмов и составляет одно из современных направлений изучения проблемы неравенств в здоровье. Такие исследования только начинают разворачиваться, оставаясь немногочисленными. Кроме того, в силу ряда методологических проблем они не дают пока оснований для однозначных выводов. В статье предлагается систематический обзор таких исследований с целью выявления перспективных направлений дальнейшего анализа.

МАТЕРИАЛИСТИЧЕСКИЕ ОБЪЯСНЕНИЯ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ

Многие эмпирические исследования убедительно демонстрируют значение материальных условий жизни для здоровья. Свою разрушительную роль играет бедность – проблема, традиционно приковывающая внимание европейских аналитиков на протяжении длительного времени, в особенности со времени выхода в свет классической работы «The Black Report» (Townsend, Davidson 1982). Неблагоприятные материальные условия жизни социально обездоленных групп, в том числе и во вполне благополучных европейских обществах, и сегодня, как подтверждают исследования, способны оказывать непосредственное негативное воздействие на организм человека. Так, например, было показано, что некачественное питание и плохие жилищные условия, отражаясь на общем самочувствии и физическом функционировании представителей социально неблагополучных групп населения (Lynch et al. 2000), могут также приводить к серьезным хроническим заболеваниям, в том числе онкологическим (Boeing 1991).

Согласно современной концептуализации бедности, разрабатывавшейся с конца 70-х годов (Townsend 1979), при рассмотрении материальных факторов, влияющих на здоровье, важно учитывать не только средства удовлетворения базовых потребностей (в жилье, одежде, питании), но и возможности полноценного участия человека в жизни общества в соответствии с принятыми в нем стандартами. Такое понимание бедности, учитывающее относительные различия, легло в основу определения, принятого в 1985 г. Советом министров ЕС (Fusco, Guio, Marlier 2013), и послужило для разработки системы индикаторов, утвержденных государствами-членами ЕС и Европейской комиссией для ее мониторинга (Fusco, Guio, Marlier 2013; Guio, Gordon, Marlier 2012).

Хотя в научной литературе нет единого взгляда на то, как операционализировать материальные лишения (Tøge, Bell 2016), в эмпирических исследованиях, изучающих влияние материальных факторов на здоровье, используются показатели депривации, обусловленной не только низкими доходами (наличие у индивидов и семей финансовых проблем, например, сложностей с оплатой счетов или испытываемого финансового напряжения), но и условиями жизни в целом, включая невозможность приобретения жилья, его низкое качество, отсутствие товаров длительного пользования (бытовой техники, компьютера, автомобиля), некомфортность и небезопасность района проживания, ограниченный доступ к услугам здравоохранения (отсутствие частной страховки), дефицит возможностей для занятий спортом, активной рекреации, общения и взаимодействия с другими людьми. Влияние на здоровье материальной депривации, отражающей социальные различия таких условий, остается актуальной проблемой для современной Европы, хотя и проявляется в разных странах с неодинаковой отчетливостью (Mackenbach, de Jong 2018). Наличие тесной связи между различными аспектами бедности и целым рядом неблагоприятных последствий для здоровья, фиксируемых показателями смертности, инвалидности, рисков развития хронических заболеваний, воспринимаемого самочувствия, подтверждается многими европейскими исследованиями (Fritzell et al. 2015; McDonough, Berglund 2003; Pfortner, Elgar 2016; Tøge, Bell 2016).

Несмотря на очевидность неравномерного распределения материальных факторов по ступеням социальной иерархии, предполагающего, что с повышением образования,

профессиональной позиции, дохода материальное положение индивидов улучшается, а также многочисленные подтверждения принципиальной важности материальных условий жизни для поддержания и укрепления здоровья, они редко изучались в качестве посреднического механизма, связывающего социально-экономический статус со здоровьем; в центре внимания исследователей долгое время оставались поведенческие риски (Katikireddi et al. 2013). Только в конце 1990-х – начале 2000-х годов, главным образом, в развитых странах Западной Европы появляются отдельные работы, которые в рамках изучения относительного значения различных объяснительных подходов к неравенствам в здоровье стали осуществлять посреднический анализ, связывающий показатели социально-экономического положения со здоровьем через материальные лишения.

В Нидерландах, например, анализ значения материальной депривации для образовательных неравенств в здоровье (измеренном по самооценкам, жалобам на болезненное состояние и наличию хронического заболевания) показал, что жилищные условия, состояние района проживания, условия труда, финансовые проблемы и статус занятости вносят существенный самостоятельный вклад в объяснение этих неравенств (Stronks et al. 1996). Результаты лонгитюдного исследования в юго-восточной части этой страны (Schrijvers et al. 1999) свидетельствуют о независимом влиянии на смертность таких факторов, как острота финансовых проблем (связанных с оплатой счетов), неблагоприятная среда в месте жительства, плохие жилищные условия, статус занятости и общее благосостояние (тип медицинской страховки, владение автомобилем и жильем). Депривация по этим признакам приводила по прошествии пяти лет к повышенной смертности, опосредуя образовательные дифференциации. Так, по сравнению с самыми образованными, в группе со средним образованием вероятность повышенной смертности сокращалась при учете материальных факторов на 21%, в категории с образованием ниже среднего – на 29%, а среди малообразованных – на 39%. Наибольший посреднический эффект, объясняющий образовательные неравенства в смертности, был связан с интегративным показателем благосостояния. Этот вывод подтверждается рядом других исследований, также обнаруживших, что смертность оказывается ниже у представителей тех категорий населения, которые имеют доступ к качественному медицинскому обслуживанию благодаря частной страховке, являются собственниками жилья и имеют автомобиль (Ellaway, Macdonald, Keams 2016). Согласно еще одной работе, также выполненной в Нидерландах (Dutch prospective GLOBE Study), неблагоприятные материальные обстоятельства жизни, включая жалобы на жилищные условия, наличие финансовых проблем, низкий уровень материального достатка, вносили заметный вклад в объяснение образовательных различий в распространенности инфаркта миокарда. При учете независимого медиативного эффекта материальных факторов (и контроле посреднического влияния поведенческих факторов риска) происходило сокращение изучаемых неравенств более чем вдвое (van Lenthe et al. 2002).

Анализ относительного вклада материальных и поведенческих факторов в объяснение профессионально-классовых различий в самооценках здоровья среди работающего населения Хельсинки, подтвердив в целом выводы голландских коллег, указывает также на гендерное своеобразие посреднических механизмов, связывающих

социально-экономический статус и здоровье (Laaksonen et al. 2005). Согласно полученным в этой работе результатам, у женщин каждый из изучаемых материальных факторов (доход, владение жильем, финансовые трудности и удовлетворенность финансовым положением) заметно понижал зависимость между профессиональным классом и здоровьем, играя роль посредника между ними, тогда как в мужской части населения такие эффекты проявлялись с меньшей определенностью.

Таким образом, в исследованиях, посвященных влиянию материальных лишений на здоровье, систематически обнаруживается зависимость, подтверждающая, что усиление депривации ведет к большим рискам для здоровья. Материальные ресурсы, свидетельствующие об уровне и качестве жизни, неравномерно распределяются в обществе и зависят от социально-экономического статуса: с его понижением человек, как правило, все больше страдает от их дефицита. Немногочисленные работы, в которых предпринимались попытки найти объяснения статусным неравенствам в здоровье, учитывая посредническую роль материальных лишений, показывают, что проблемы со здоровьем у людей с невысоким образованием или профессиональным статусом действительно обусловлены в немалой мере неблагоприятными условиями жизни: низким качеством жилья, среды в месте жительства и на работе, отсутствием доступа к качественной медицине, нехваткой денег на оплату основных услуг, отсутствием товаров, считающихся необходимыми для нормальной жизни.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ТРАКТОВКЕ НЕРАВЕНСТВ

В одной из трактовок психосоциальных механизмов формирования неравенств в здоровье предполагается, что неблагоприятные обстоятельства жизни у людей с низким статусом вызывают негативные последствия для здоровья отчасти потому, что они усиливают подверженность стрессовым воздействиям и могут вести к психологическому дистрессу. Систематическое переживание негативных эмоций неблагоприятно сказывается на работе различных систем организма, приводя сначала к субклиническим формам заболеваний, а в конечном счете и к самим заболеваниям (Adler et al. 1994). Такое понимание подтверждается рядом эмпирических исследований. Они показывают, что низкому социально-экономическому статусу соответствуют большее количество негативных событий жизни и более высокие стрессовые нагрузки (Hatch, Dohrenwend 2007; McLeod, Kessler 1990). Было также установлено, что с понижением социально-экономического статуса повышается вероятность развития дистресса, проявлений тревожности, симптомов депрессии, враждебности и злобы (Gallo, Matthews 2003). В свою очередь физическое здоровье, в том числе сердечно-сосудистые заболевания и смертность от всех причин, как подтверждают западные работы, зависят от факторов стресса и дистресса (Cohen, Janicki-Deverts, Miller 2007). Этот вывод разделяют и отечественные исследователи, активно занимающиеся изучением психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, в частности ишемической болезни сердца (Погосова и др. 2017; 2018).

Следует отметить, однако, что попытки эмпирического изучения собственно посреднической роли стресса, остающиеся немногочисленными, приводят к неоднозначным результатам, одни из которых подтверждают медиацию социальных

неравенств в здоровье через стресс, а другие ее не обнаруживают. Анализ посреднической роли негативных эмоций, включая тревогу и депрессию, также не дает убедительного подтверждения предположения о психологической медиации неравенств в здоровье (Matthews, Gallo 2011; Matthews, Gallo, Taylor 2010). Неоднозначность результатов при изучении посреднической роли стресса и дистресса, как считают аналитики, может объясняться методологическими причинами: сложностью операционализации и измерения различных аспектов стрессовых воздействий (Matthews, Gallo 2011). Таким образом, исследователи, разделяя общую точку зрения на значимую роль стресса как важной детерминанты физического нездоровья, подвергают сомнению возможность его рассмотрения в качестве посредника в передаче влияния социально-экономической стратификации на здоровье.

Другой подход к изучению психосоциальных механизмов формирования социально-экономических неравенств в здоровье, позволяющий избежать отмеченных трудностей, был связан с моделью «резервного потенциала» (Gallo, Matthews 2003). В этом случае в качестве медиатора рассматриваются межличностные и личностные ресурсы индивидов: вовлеченность в систему отношений с другими людьми, доверие им и уверенность в их поддержке, а также психологические качества, позволяющие преодолевать стрессовые воздействия, как, например, уверенность в собственных силах, высокая самооценка, оптимистическое видение будущего, способность контролировать обстоятельства жизни. В этой концепции предполагается, что психосоциальные ресурсы имеют важное значение для поддержания здоровья человека, препятствуя негативному воздействию на него стрессовых ситуаций, но они неравномерно распределены по социальной структуре (снижаются с переходом от высокого к низкому статусу), что и сказывается на здоровье людей с разным общественным положением (Matthews, Gallo, Taylor 2010). Эмпирическая проверка этого предположения в целом ряде исследований продемонстрировала, что позитивные представления о себе, своей жизни и будущем тесно связаны со здоровьем. Так, было показано, что убежденность человека в своей способности контролировать жизнь, вера в собственные силы и признание значимости своего «я», а также оптимистический взгляд в будущее благоприятно сказываются на показателях физического здоровья (Infurna, Gerstorf, Zarit 2011; Rasmussen, Scheier, Greenhouse 2009) и ведут к снижению рисков сердечно-сосудистых заболеваний и преждевременной смертности (Boehm et al. 2011; Roepke, Grant 2011; Seeman, Lewis 1995; Surtees et al. 2010). Установлено также, что эти психологические характеристики в большей мере характерны для представителей высоких статусных позиций, тогда как при низком статусе встречаются заметно реже (Boehm et al. 2015; Bosma, Schrijvers, Mackenbach 1999; Marmot, et al. 1998; Twenge, Campbell 2002). Обозначенные зависимости указывают на возможные медиативные эффекты личностных диспозиций, объясняющие структурные неравенства в здоровье, что находит эмпирическое обоснование в немногочисленных работах, посвященных исследованию таких эффектов (Русинова, Сафронов 2018).

Еще одна область исследования психологической медиации – сравнительный анализ выраженности посреднических эффектов в разных общественных условиях. Представляющие эту область работы также немногочисленны и посвящены изучению культурного контекста. Согласно одной из гипотез, личностные ресурсы могут играть

важную посредническую роль в индивидуалистическом западном обществе, тогда как на Востоке большее значение имеют социальные связи и взаимоотношения между людьми, лежащие в основе коллективистской культуры. Однако результаты эмпирических исследований говорят о более сложной картине. Так, изучение студентов из Германии, России и Китая показало, что вера в собственные силы играет заметную роль в смягчении воздействия повседневного стресса на психическое здоровье в любой из этих стран (Schönfeld et al. 2016). Точно так же, вопреки предположению, чувство контроля было связано с симптомами депрессии и в Восточной Европе, и в России, и в Японии (Bobak et al. 2000; Takakura, Sakihara 2001). К противоречивым результатам приводит анализ психологического посредничества при сравнении США и Японии: высокая личностная самооценка в самом деле опосредовала связи между статусом и здоровьем в индивидуалистических Соединенных Штатах, но не в Японии, однако чувство контроля выполняло эту функцию в обоих культурных контекстах (Kan et al. 2014). Гипотеза о значении культурного контекста не получила эмпирического подтверждения и в контекстуальном анализе психологической медиации в 27 европейских странах (Русинова, Сафронов 2018). Согласно его результатам, психологическая медиация связана не столько с культурным своеобразием изучаемых обществ, сколько с социально-экономическим контекстом. В странах с сильной экономикой и социальным государством относительное благополучие нижних общественных страт обеспечивается развитой системой государственных социальных гарантий, что позволяет многим из них сохранять самоуважение и оптимизм. В этих обществах личностные психологические ресурсы, распределение которых не отражает однозначно социальную стратификацию, теряют роль медиатора. В менее же развитой части Европы, где нижним слоям не приходится рассчитывать на серьезную помощь со стороны государства, тяготы жизни и порождаемые ими стрессы ведут к потере людьми веры в себя и возможность перемен к лучшему, а психологические ресурсы выступают медиатором социального структурирования здоровья.

Таким образом, в литературе, хотя и малочисленной, можно найти подтверждение тезиса о посредническом влиянии психологических ресурсов, объясняющем связи между социальной стратификацией и здоровьем. Однако имеющиеся факты не дают возможности с полной уверенностью говорить о таком влиянии (Matthews, Gallo, Taylor 2010). Работы, позволяющие судить о психологической медиации, все еще очень редки, а их результаты трудно сопоставимы из-за различий в методах, выборках и показателях здоровья, социально-статусной позиции и психологических свойств (Festini et al. 2017). Неоднозначность результатов, кроме того, может быть связана с особенностями общественного контекста, в котором рассматриваются медиативные эффекты. Однако сравнительные исследования посреднических психологических эффектов только начинают появляться, и остается неясным, помогут ли они устранить противоречивость результатов, полученных в отдельных странах.

СОВМЕСТНЫЕ МЕДИАЦИИ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ: МАТЕРИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОСРЕДНИКИ

Материалистическая и социально-психологическая концепции, рассмотренные в предыдущих разделах, указывают на возможные объяснения связи социально-экономического статуса со здоровьем. Исследования свидетельствуют, что как материальные условия жизни, так и психологические ресурсы выступают медиаторами социальных неравенств в здоровье. В современных подходах кроме анализа тех и других медиаций, осуществляемого по отдельности, предпринимаются попытки изучения совместного посреднического влияния материальных, психологических и поведенческих факторов. Эти факторы могут рассматриваться параллельно, и тогда предполагается, что каждый из них вносит свой самостоятельный вклад в объяснение социально-структурных неравенств. Кроме того, они способны объяснять эти неравенства, оказывая влияние через последовательность нескольких посреднических эффектов: материальная депривация, например, может быть связана со здоровьем через психологические ресурсы и поведенческие риски (Moog, Spallek, Richter 2017).

Так, психологические состояния, негативно влияющие на здоровье, такие, например, как чувство стыда, экономическая озабоченность, неуверенность в завтрашнем дне, в определенной мере порождаются материальными лишениями, которые чаще приходится испытывать людям с невысокими статусными позициями (Tøge, Bell 2016). Экономическое неблагополучие способно влиять и на представления индивида о себе самом: на его уверенность в контроле жизненных обстоятельств, способность решать возникающие проблемы, на самооценку, ожидания перемен в будущем. Такое уменьшение личностного психологического потенциала не позволяет человеку с низкой социальной позицией защититься в полной мере от невзгод и стрессов, усиливая их негативные последствия для здоровья (Matthews, Gallo, Taylor 2010). Другими словами, материальные ресурсы, имеющиеся в распоряжении индивида, способны вносить свой вклад в объяснение неравенств, действуя через психосоциальные механизмы. Материальные условия жизни могут оказывать влияние также на поведение, способствуя при высоком благосостоянии большему вовлечению индивидов в поддерживающие здоровье поведенческие практики (например, активные виды досуговой деятельности, рекреацию, спорт, здоровое питание), тогда как неблагоприятные условия жизни способны, напротив, стимулировать поведение, наносящее вред здоровью (низкая физическая активность, курение, алкоголь). Психосоциальные факторы также могут оказывать непрямой эффект через поведение, когда, например, к курению, чрезмерному потреблению алкоголя или перееданию прибегают для преодоления психосоциальных стрессов (Pampel, Krueger, Denney 2010).

Первые попытки эмпирического анализа совместных посреднических эффектов касались объяснений неравенств в здоровье через поведенческие риски при учете материальной депривации. Хотя в научной литературе было распространено объяснение структурных неравенств в здоровье через эти риски, результаты такого анализа продемонстрировали, что в действительности, при контроле посреднических эффектов материальных условий, независимая роль поведения в объяснении образовательных и профессионально-статусных дифференциаций самочувствия (Stronks et al. 1996; Sacker et

al. 2001; Laaksonen et al. 2005), частоты случаев инфаркта миокарда (van Lenthe et al. 2002), смертности (Schrijvers et al. 1999) оказывается не столь важной, как это было принято считать, когда оно изучалось как самостоятельный фактор.

Предложенные в этих исследованиях аналитические схемы для изучения взаимосвязанных воздействий материальных и поведенческих факторов были впоследствии расширены и включали уже три объяснительных механизма: материалистический, социально-психологический и поведенческий. Попытка их анализа была осуществлена, например, в исследовании, выполненном в Нидерландах и нацеленном на выявление прямых и непрямых вкладов материальных, поведенческих и психосоциальных факторов в объяснение образовательных неравенств в смертности (van Oort, van Lenthe, Mackenbach 2005). Согласно полученным в этой работе результатам, материальные факторы (тип медицинской страховки, финансовые проблемы, владение жильем), психосоциальные переменные (негативные события жизни; переживаемые в течение длительного периода жизненные сложности; возможности получения эмоциональной поддержки; умение активно преодолевать стресс; локус контроля) и факторы нездорового поведения (курение и низкая физическая активность) в совокупности полностью объясняют образовательные различия в смертности. Причем оказалось, что материальные факторы вносят самый большой вклад в образовательные неравенства, действуя отчасти через психосоциальные и поведенческие механизмы, независимый вклад которых был незначительным. Эти выводы были отчасти подтверждены в норвежском исследовании (Skalicka et al. 2009), показавшем, что материальные и структурные условия жизни (статус занятости, получение пособий, воспринимаемые финансовые трудности) действительно являются наиболее важными при объяснении доходных неравенств в смертности мужчин (среди женщин социально-экономических дифференциаций в смертности обнаружено не было). Однако в различиях между образовательными группами большую роль играли психосоциальные механизмы (социальный капитал, личностная самооценка, тревожность и депрессия) и поведение (курение, алкоголь, физическая активность).

Европейское исследование качества жизни, охватывающее 28 стран (European Quality of Life Survey, EQLS, 2003) указывает на особую значимость материальных условий, представленных целым набором индикаторов (владение жильем и жилищные условия, недостаток денег, состояние окружающей среды в районе проживания, качество общественных услуг), для объяснения профессионально-статусных и образовательных дифференциаций в самочувствии работающего населения (Aldabe et al. 2011). Социальные различия в здоровье заметно сокращались и при учете условий профессиональной деятельности, тогда как роль психосоциальных посредников (семейное положение, наличие детей, социальная поддержка, социальные контакты, добровольческое участие, доверие людям и социальным институтам, признание со стороны окружающих) была незначительной.

Совместный анализ посреднических механизмов осуществлялся в ряде работ на отдельных группах населения. Так, при изучении арабов-граждан Израиля (Daoud, Soskolne, Manor 2009) было показано, что материальным факторам принадлежит доминирующая посредническая роль в объяснении образовательных неравенств

в самооценках здоровья: они выступали как самостоятельный медиатор, а также действовали через психосоциальные (стрессовые события в жизни, умение их преодолевать и наличие поддержки со стороны других людей) и поведенческие (курение, физическая активность, сбалансированность питания) переменные. Независимые от материальных условий психосоциальные и поведенческие эффекты оказались очень слабыми. Исследование в Германии на выборке подростков (Richter, Moor, van Lenthe 2012) также продемонстрировало, что материальные условия (полные/неполные семьи, оценки уровня материального благополучия родительских семей, проблемы с продуктами питания дома) выступают медиатором неравенств (по шкале «богатства семьи») воспринимаемого здоровья, влияя на них непосредственно, а также через психосоциальные эффекты (поддержка со стороны родителей, отношения со сверстниками, восприятие школы) и поведение (курение, алкоголь, физическая активность, питание). Недостаток этого анализа – близкие в смысловом отношении индикаторы социально-структурной позиции и материальных обстоятельств.

Подтверждения материалистической концепции посреднических эффектов были получены при изучении пожилого населения. В Англии (по данным English Longitudinal Study of Ageing, ELSA) социально-экономические различия физического и психического здоровья у людей старше пятидесяти лет объяснялись с помощью переменных, свидетельствующих о накопленных материальных ресурсах и их качестве (владение жильем, условия в районе проживания, товары длительного пользования, наличие автомобиля, частной медицинской страховки), а также о поведенческих рисках (курении, физических упражнениях, избыточной массе тела) (Ploubidis, DeStavola, Grundy 2011). Психосоциальная медиация (способность контролировать обстоятельства жизни) проявлялась слабо, в основном при объяснении различий в депрессии и удовлетворенности жизнью, причем заметная часть этого эффекта в свою очередь зависела от наличия материальных ресурсов. Оказалось, что снижение социально-экономической позиции ведет к негативным психосоциальным последствиям, лишая человека уверенности в подконтрольности ему происходящего в жизни, что отчасти обусловлено растущей нехваткой материальных ресурсов. Это заключение подкрепляют результаты, полученные при рассмотрении социального структурирования воспринимаемого состояния здоровья у жителей Германии пожилого возраста (Schmitz, Pförtner 2017). Самый сильный посреднический эффект был связан с материальными обстоятельствами (владение жильем, финансовая ситуация, материальная депривация, доступ к здравоохранению и тип медицинской страховки), которые действовали как независимо от других посредников, так и через поведенческие и психосоциальные линии детерминации. Независимый вклад психосоциальных факторов (гражданский статус, наличие детей, социальное участие, воспринимаемый контроль и социальный капитал), согласно полученным результатам, оказался значительно ниже, чем показывал раздельный анализ трех объяснительных механизмов.

В других работах относительная важность материалистического и психосоциального объяснения социально-структурных неравенств в здоровье оценивалась принципиально иначе. В нидерландском лонгитюдном исследовании, посвященном образовательным различиям в физическом и психическом

функционировании пожилого населения (Study on Medical Information and Lifestyles in Eindhoven, SMILE, 2002-2004 гг.), более отчетливыми были медиативные психосоциальные эффекты (уверенность в собственных силах, влияние на происходящее, нейротизм, социальные связи и поддержка), а не материальное посредничество (воспринимаемые денежные трудности, ограничения потребления и общения из-за недостатка средств, дефицит основных материальных благ) (Groffen et al. 2011), хотя совместный анализ тех и других переменных не предпринимался. Заметная роль психосоциального механизма в объяснении структурных неравенств в здоровье была продемонстрирована также в масштабном международном исследовании подростков в 28 европейских странах, США и Канаде (Moog et al. 2014). Оно продемонстрировало, что неравенства в самооценках здоровья среди подростков из семей, различающихся по уровню материального достатка, более чем наполовину объяснялись неравным распределением психосоциальных (взаимоотношения с родителями и сверстниками, психологический комфорт дома и в школе) и поведенческих (курение, алкоголь, физическая активность и питание) факторов. Комбинированный анализ двух подходов, предполагающий оценку их возможных совместных посреднических эффектов, показал, что вклад психосоциальных переменных был выше благодаря их прямому (независимому) эффекту и непрямому воздействию через поведение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Многочисленные исследования свидетельствуют о социальном структурировании здоровья: оно заметно ухудшается по мере снижения социально-экономического статуса (уровня образования, доходов, профессионального положения). Основные теоретические подходы к объяснению структурных неравенств в здоровье связаны с материалистической, психосоциальной и поведенческой трактовкой. Эмпирический анализ, посвященный проверке каждого из этих подходов, позволил установить, что менее удовлетворительное здоровье в нижних общественных слоях связано не только с повышенными поведенческими рисками, прежде всего с распространенностью курения и злоупотреблением алкоголем, но и в значительной мере порождается неблагоприятными материальными условиями жизни представителей этих слоев. Психосоциальные объяснения также получили убедительные подтверждения в эмпирических исследованиях, посвященных изучению медиативных эффектов социального капитала (вовлеченности человека в сети социальных взаимодействий и отношений взаимного доверия и поддержки между людьми), а также эффектов, связанных со стрессовыми воздействиями и психологическими ресурсами личности. В современных работах выводы этих исследований были поставлены под сомнение в связи с тем, что при учете совместного посреднического влияния материальных, психосоциальных и поведенческих факторов выраженность отдельных медиаций, как это делалось в прежних исследованиях, оказалась менее отчетливой: психосоциальные и поведенческие эффекты проявлялись не так явно, как при раздельном анализе, уступая по силе посредничеству материальных условий.

Изучение совместного объяснения всех трех групп факторов, влияющих на неравенства в здоровье не только при контроле друг друга, но и с учетом посреднических

воздействий, связывающих их между собой, только начинает разворачиваться (Moog, Spallek, Richter 2017). Результаты немногочисленных исследований характеризуют преимущественно наиболее развитые страны Европы, их сопоставление и генерализация затруднены в силу особенностей обследуемых категорий населения и различий в измерениях социально-экономической позиции, посреднических механизмов и здоровья. Недостатком многих работ, в которых предпринимаются попытки выявления материальной медиации, является использование индикаторов условий жизни и финансового положения, которые, по сути, лишь конкретизируют особенности социально-экономического статуса, характеризуя специфические его аспекты. При изучении посреднической роли психосоциальных факторов широко применяются показатели негативных эмоций, стресса и депрессии, вызываемых трудными событиями в жизни, а также социального взаимодействия. Однако для фиксации личностных ресурсов используются лишь отдельные психологические переменные, важные для сохранения здоровья, чаще всего – уверенность человека в способности контролировать происходящие события. Невыразительность психосоциальной медиации, выявляемая при контроле материалистических эффектов, может быть связана с недостаточным учетом целого ряда других психологических черт личности, помогающих человеку справляться со стрессовыми воздействиями, таких как вера в себя и собственные силы, оптимистическая жизненная позиция, высокая самооценка (Matthews, Gallo, Taylor 2010).

Преобладающая часть посреднических зависимостей, выявляемых при анализе материальных, психосоциальных и поведенческих механизмов, рассматриваемых как по отдельности, так и совместно, была получена при изучении населения и групп населения отдельных стран или совокупности стран (Aldabe et al. 2011; Moog et al. 2014). Вне фокуса исследовательского внимания все еще остается предположение о возможном воздействии на выраженность этих механизмов общественного контекста (состояния экономики, социального государства, особенностей культуры). Так, анализ материалов Европейского социального исследования для населения 27 стран (Русинова, Сафронов 2019) заставляет скорректировать выводы о скромной роли психологической медиации в объяснении образовательных различий в самочувствии при контроле посреднического влияния материальных условий жизни. Во многих странах, включая наиболее развитые на европейском континенте, материальные лишения, выпадающие на долю людей с низким уровнем образования, действительно выступают посредником, отчасти проясняющим причины этих различий. Посредничество материальных условий приобретает дополнительную значимость, если учесть, что с ними связана и одна из линий психологической медиации – через последовательное развертывание не прямых влияний, идущее через материальные лишения к психологическим резервам. В то же время даже при контроле всех этих посреднических эффектов личностные качества проявляются в качестве медиатора очень отчетливо. Правда, сильные психологические эффекты характерны, как правило, только для европейских стран с относительно невысоким развитием экономики, уровнем жизни и слабым социальным государством.

Таким образом, состояние исследований, нацеленных на объяснение социально-структурных неравенств в здоровье, позволяет выделить по крайней мере два актуальных и перспективных направления дальнейшего анализа. Во-первых, требуется углубленная

эмпирическая проверка теоретического положения, согласно которому анализ самостоятельных линий медиации статусных неравенств через материальные лишения, психологию и поведение может приводить к неточным оценкам, поскольку не учитывает того обстоятельства, что между этими медиаторами также могут существовать посреднические отношения. Необходимо изучать не только выраженность эффектов при «параллельном» анализе посредничества материальных условий, психосоциальных ресурсов и поведенческих рисков, но и при выстраивании их в последовательные детерминационные линии. Во-вторых, заслуживают изучения зависимости указанных параллельных и последовательных медиативных эффектов от общественного макроконтекста. Первые шаги в этом направлении были сделаны при проведении многоуровневого анализа для населения европейских стран, позволившего предположить, что, при высоком уровне общественного благосостояния и социальной защиты со стороны государства уязвимых групп населения, материальная депривация и психологическая устойчивость играют менее важную посредническую роль, чем в странах, где скромные государственные социальные гарантии не способны компенсировать материальные лишения низкостатусным слоям и придать их представителям большую психологическую уверенность в своих силах и завтрашнем дне.

ЛИТЕРАТУРА

- Погосова Н.В., Бойцов С.А., Оганов Р.Г. и др. (2018). Психосоциальные факторы риска у амбулаторных пациентов с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца в 30 городах России: по данным исследования КОМЕТА. *Кардиология*, 58(11), 5–16. doi: 10.18087/cardio.2018.11.10193
- Погосова Н.В., Оганов Р.Г., Бойцов С.А. и др. (2017). Психосоциальные факторы и качество жизни у пациентов с ишемической болезнью сердца: результаты российской части международного многоцентрового исследования EUROASPIRE IV. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 16(5), 20-26. doi: 10.15829/1728-8800-2017-5-20-26
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2018). Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «Уверенность в себе» в Европе и России. *Социологический журнал*, 24(4), 30–53. doi: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096
- Русинова Н.Л., Сафронов В.В. (2019). Психологические ресурсы, материальные лишения и здоровье в Европе: прямое влияние и медиация неравенств по образованию. *Экономическая социология*, статья рассматривается редакцией.
- Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. doi: 10.1037/0003-066X.49.1.15
- 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. doi: 10.1111/1467-8721.01245
- Adler N. E., Stewart J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 5–23. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x

- Aldabe B., Anderson R., Lyly-Yrjänäinen M., et al. (2011). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(12), 1123–1131. doi: 10.1136/jech.2009.102517
- Bleich S.N., Jarlenski M.P., Bell C.N., LaVeist T.A. (2012). Health inequalities: Trends, Progress, and Policy *Annual Review of Public Health*, 33, 7–40. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124658
- Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1343–1350. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4
- Boehm J.K., Chen Y., Williams D.R., et al. (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
- Boehm J.K., Peterson C., Kivimaki M., Kubzansky L.A. (2011). Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 30(3), 259–267. doi: 10.1037/a0023124
- Boeing H. (1991). Epidemiological research in stomach cancer: progress over the last ten years. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 117(2), 133–143. doi: 10.1007/BF01613137
- Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *British Medical Journal*, 319(7223), 1469–1470. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1469
- Brunello G., Fort M., Schneeweis N., Winter-Ebmer R. (2016). The causal effect of education on health: what is the role of health behaviors? *Health Economics*, 25(3), 314–336. doi: 10.1002/hec.3141
- Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G.E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685–1687. doi: 10.1001/jama.298.14.1685
- Daoud N., Soskolne V., Manor O. (2009). Examining cultural, psychosocial, community and behavioural factors in relationship to socioeconomic inequalities in limiting longstanding illness among the Arab minority in Israel. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(5), 351–358. doi: 10.1136/jech.2008.080465
- Ellaway A., Macdonald L., Keams A. (2016). Are housing tenure and car access still associated with health? A repeat cross-sectional study of UK adults over a 13-year period. *British Medical Journal Open*, 6(11), e012268. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012268
- Elgar F., Pfortner T-K., Moor I., et al. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088-2095. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4
- Festín K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M. (2017). Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population. *PLoS ONE*, 12(8), e0178929. doi: 10.1371/journal.pone.0178929
- Fritzell J., Rehnberg J., Hertzman J.B., Blomgren J. (2015). Absolute or relative? A comparative analysis of the relationship between poverty and mortality. *International Journal of Public Health*, 60(1), 101–110. doi: 10.1007/s00038-014-0614-2

- Fusco A., Guio A-C., Marlier E. (2013). Building a material deprivation index in a multinational context: lessons from the EU experience. In V. Bérenger, F. Bresson (Eds.), *Poverty and social exclusion around the Mediterranean Sea* (pp. 43–71). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-5263-8_2
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.10
- Goldman N. (2001). Social inequalities in health: Disentangling the underlying mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 118–139. doi: 10.1111/j.1749–6632.2001.tb02750.x
- Granström F., Molarius A., Garvin P., et al. (2015). Exploring trends in and determinants of educational inequalities in self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7), 677–686. doi: 10.1177/1403494815592271
- Groffen D.A.I., Bosma H., Tan F.E.S., et al. (2011). Material vs. psychosocial explanations of old-age educational differences in physical and mental functioning. *European Journal of Public Health*, 22(4), 587–592. doi: 10.1093/eurpub/ckr063
- Guio A-C., Gordon D., Marlier E. (2012). *Measuring material deprivation in the EU: indicators for the whole population and child-specific indicators*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2785/33598
- Hatch S.L., Dohrenwend B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40(3–4), 313–332. doi: 10.1007/s10464-007-9134-z
- Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H. (2011). Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47(1), 9–18. doi: 10.1037/a0021022
- Kan Ch., Kawakami N., Karasawa M., et al. (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. doi: 10.1007/s12529-012-9249-y
- Katikireddi S.V., Higgins M., Smith K.E., Williams G. (2013). Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(9), 715–716. doi: 10.1136/jech-2012-202064
- Kawachi I., Subramanian S.V., Almeida-Filho N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652. doi: 10.1136/jech.56.9.647
- Laaksonen M., Roos E., Rahkonen O., et al. (2005). Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(2), 163–169. doi: 10.1136/jech.2003.019323
- Lynch J.W., Smith G.D., Kaplan G.A., House J.S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320(7243), 1200–1204. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200
- Mackenbach J., de Jong J.P. (2018). *Health Inequalities: an Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality*. Amsterdam: FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities.

- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Artnik B., et al. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *British Medical Journal*, 353(8053), i1732. doi: 10.1136/bmj.i1732
- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Menvielle G., et al. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 207–217. doi: 10.1136/jech-2014-204319
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- Marmot M.G. (2004). *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt & Company.
- Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., et al. (1998). Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *Milbank Quarterly*, 76(3), 403–448. doi:10.1111/1468-0009.00097
- Marmot M., 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. doi:10.1136/bmj.322.7296.1233
- Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530. doi:10.1146/annurev.psych.031809.130711
- 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*, 1186(1), 146–173. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
- McDonough P., Berglund P. (2003). Histories of poverty and self-rated health trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 198–214. doi: 10.2307/1519808
- McLeod J.D., Kessler R.C. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(2), 162–172. doi: 10.2307/2137170
- Moor I., Günther S., Knöchelmann A., et al. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *British Medical Journal Open*, 8(6), e019755. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019755
- Moor I., Rathmann K., Stronks K., et al. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10), 912–921. doi: 10.1136/jech-2014-203933
- Moor I., Richter M., Ravens-Sieberer U., et al. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health*, 25(Suppl.2), 57–60. doi:10.1093/eurpub/ckv028
- Moor I., Spallek J., Richter M. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 565–575. doi: 10.1136/jech-2016-207589

- Pampel F.C., Krueger P.M., Denney J.T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349-370. doi:10.1146/annurev.soc.012809.102529
- Pförtner T-K., Elgar F.J. (2016). Widening inequalities in self-rated health by material deprivation? A trend analysis between 2001 and 2011 in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 82–89. doi: 10.1136/jech-2015-205948
- Ploubidis G.B., DeStavola B.L., Grundy E. (2011). Health differentials in the older population of England: an empirical comparison of the materialist, lifestyle and psychosocial hypotheses. *BMC Public Health*, 11(1), 390. doi: 10.1186/1471-2458-11-390
- Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. doi: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Richter M., Moor I., van Lenthe F.J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 691–697. doi: 10.1136/jech.2010.125500
- Roepke S.K., Grant I. (2011). Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health. *Health Psychology*, 30(5), 615-632. doi: 10.1037/a0023480
- Sacker A., Bartley M., Firth D., Fitzpatrick R. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Social Science and Medicine*, 52(5), 763–781. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00176-3
- Schmitz A.L., Pförtner T-K. (2017). Health inequalities in old age: the relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *Journal of Public Health*, 40(3), e235–e243. doi:10.1093/pubmed/fox180
- Schönfeld P., Brailovskaia J., Bieda A., et al. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1-10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
- Schrijvers C.T., Stronks K., van de Mheen H.D., Mackenbach J.P. (1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4), 535–540. doi: 10.2105/AJPH.89.4.535
- Seeman M., Lewis S. (1995). Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*, 41(4), 517-525. doi: 10.1016/0277-9536(94)00362-W
- Skalická V., van Lenthe F., Bambra C., et al. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1272–1284. doi: 10.1093/ije/dyp262
- Stronks K., van de Mheen H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 653–674. doi: 10.1111/1467-9566.ep10934524
- Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al. (2010). Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk. *Health Psychology*, 29(4), 412–420. doi: 10.1037/a0019432

- Takakura M., Sakihara S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 82–89. doi: 10.1016/S1054-139X(00)00144-0
- Tøge A.G., Bell R. (2016). Material deprivation and health: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 16, 747. doi: 10.1186/s12889-016-3327-z
- Townsend P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Berkeley: University of California Press.
- Townsend P., Davidson N. (1982). *Inequalities in Health: the Black Report*. London: Penguin.
- Twenge J.M., Campbell W.K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 59-71. doi: 10.1207/S15327957PSPR0601_3
- Van Lenthe F.J., Gevers E., Joung I.M., et al. (2002). Material and behavioral factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe study. *Annals of Epidemiology*, 12(8), 535–542. doi: 10.1016/S1047-2797(01)00279-4
- Van Oort F.V., van Lenthe F.J., Mackenbach J.P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214–220. doi:10.1136/jech.2003.016493

SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH: THE MEDIATING ROLE OF MATERIAL DEPRIVATION AND PSYCHOLOGICAL RESOURCES

NINA RUSINOVA

The article deals with the problem of socio-structural inequalities in health. Numerous studies confirm the social structuring of health — its deterioration with the decline of socio-economic status, i.e. level of education, income, and professional status. The main theoretical approaches to the explanation of structural inequalities in health are associated with materialistic, psychosocial and behavioral interpretations. This review presents the current state of research in which these approaches have been tested. It is empirically established that the poor health of low status individuals is linked not only to an increased prevalence of risky behavior patterns, such as smoking and alcohol abuse, but is also generated to a large extent by their unfavorable material circumstances. Psychosocial explanations have also been convincingly confirmed in empirical studies devoted to the study of the mediation effects associated with stressful influences and a person's psychological resources. Recently, these findings have been questioned, due to the fact that when taking into account the joint mediating influence of material, psychosocial and behavioral factors, the severity of individual mediations turned out to be less distinct — the psychosocial and behavioral effects were not so clearly manifested as in separate analysis, being much weaker than material mediation. But this conclusion also requires clarification, given that the mediation effects may depend on the public macro-context. It is possible that material and psychological mediators will be less pronounced in countries with a strong economy and social guarantees, as people from vulnerable strata can count on protection from the state and maintain their self-efficacy, with optimism looking to the future.

In less developed countries, not capable of providing social guarantees at a high level, not only material deprivation will serve as a mediator of structural inequalities, but also psychological resources which people with low social standing lose due to life's hardships.

Key words: *social inequalities in health, materialistic, psychosocial and behavioral explanations, material deprivation, psychological resources, direct and indirect mediating effects, state of the art.*

NINA RUSINOVA (nrusinova@gmail.com), THE SOCIOLOGICAL INSTITUTE OF FCTAS RAS, RUSSIA.

THE STUDY WAS SUPPORTED BY THE RFBR, RESEARCH PROJECT "SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH AND PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES: A STUDY OF RELATIONSHIP IN RUSSIA AND EUROPEAN COUNTRIES WITH STATISTICAL METHODS OF MULTILEVEL MODELING" (HANDS. N. L. RUSINOVA), GRANT NO. 18-013-00064 A.

DATE RECEIVED: JULY 2019.

REFERENCES

- Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., et al. (1994). Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15–24. doi:10.1037/0003-066X.49.1.15
- 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. doi:10.1111/1467-8721.01245

- Adler N. E., Stewart J. (2010). Health disparities across the lifespan: Meaning, methods, and mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 5–23. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05337.x
- Aldabe B., Anderson R., Lyly-Yrjänäinen M., et al. (2011). Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(12), 1123–1131. doi:10.1136/jech.2009.102517
- Bleich S.N., Jarlenski M.P., Bell C.N., LaVeist T.A. (2012). Health inequalities: Trends, Progress, and Policy *Annual Review of Public Health*, 33, 7–40. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031811-124658
- Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. (2000). Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*, 51(9), 1343-1350. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4
- Boehm J.K., Chen Y., Williams D.R., et al. (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
- Boehm J.K., Peterson C., Kivimäki M., Kubzansky L.A. (2011). Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease. *Health Psychology*, 30(3), 259–267. doi: 10.1037/a0023124
- Boeing H. (1991). Epidemiological research in stomach cancer: progress over the last ten years. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 117(2), 133–143. doi: 10.1007/BF01613137
- Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. (1999). Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *British Medical Journal*, 319(7223), 1469–1470. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1469
- Brunello G., Fort M., Schneeweis N., Winter-Ebmer R. (2016). The causal effect of education on health: what is the role of health behaviors? *Health Economics*, 25(3), 314–336. doi: 10.1002/hec.3141
- Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller G.E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298(14), 1685–1687. doi: 10.1001/jama.298.14.1685
- Daoud N., Soskolne V., Manor O. (2009). Examining cultural, psychosocial, community and behavioural factors in relationship to socioeconomic inequalities in limiting longstanding illness among the Arab minority in Israel. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(5), 351–358. doi: 10.1136/jech.2008.080465
- Ellaway A., Macdonald L., Keams A. (2016). Are housing tenure and car access still associated with health? A repeat cross-sectional study of UK adults over a 13-year period. *British Medical Journal Open*, 6(11), e012268. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012268
- Elgar F., Pförtner T-K., Moor I., et al. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002-2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *Lancet*, 385(9982), 2088-2095. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4
- Festini K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M. (2017). Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population. *PLoS ONE*, 12(8), e0178929. doi:10.1371/journal.pone.0178929

- Fritzell J., Rehnberg J., Hertzman J.B., Blomgren J. (2015). Absolute or relative? A comparative analysis of the relationship between poverty and mortality. *International Journal of Public Health*, 60(1), 101–110. doi: 10.1007/s00038-014-0614-2
- Fusco A., Guio A-C., Marlier E. (2013). Building a material deprivation index in a multinational context: lessons from the EU experience. In V. Bérenger, F. Bresson (Eds.), *Poverty and social exclusion around the Mediterranean Sea* (pp. 43–71). New York: Springer. doi: 10.1007/978-1-4614-5263-8_2
- 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. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.10
- Goldman N. (2001). Social inequalities in health: Disentangling the underlying mechanisms. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 954(1), 118–139. doi: 10.1111/j.1749–6632.2001.tb02750.x
- Granström F., Molarius A., Garvin P., et al. (2015). Exploring trends in and determinants of educational inequalities in self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(7), 677–686. doi: 10.1177/1403494815592271
- Groffen D.A.I., Bosma H., Tan F.E.S., et al. (2011). Material vs. psychosocial explanations of old-age educational differences in physical and mental functioning. *European Journal of Public Health*, 22(4), 587–592. doi: 10.1093/eurpub/ckr063
- Guio A-C., Gordon D., Marlier E. (2012). *Measuring material deprivation in the EU: indicators for the whole population and child-specific indicators*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2785/33598
- Hatch S.L., Dohrenwend B.P. (2007). Distribution of traumatic and other stressful life events by race/ethnicity, gender, SES and age: a review of the research. *American Journal of Community Psychology*, 40(3–4), 313–332. doi: 10.1007/s10464-007-9134-z
- Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H. (2011). Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47(1), 9–18. doi: 10.1037/a0021022
- Kan Ch., Kawakami N., Karasawa M., et al. (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. doi: 10.1007/s12529-012-9249-y
- Katikireddi S.V., Higgins M., Smith K.E., Williams G. (2013). Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67(9), 715–716. doi: 10.1136/jech-2012-202064
- Kawachi I., Subramanian S.V., Almeida-Filho N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9), 647–652. doi: 10.1136/jech.56.9.647
- Laaksonen M., Roos E., Rahkonen O., et al. (2005). Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(2), 163–169. doi: 10.1136/jech.2003.019323
- Lynch J.W., Smith G.D., Kaplan G.A., House J.S. (2000). Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. *British Medical Journal*, 320(7243), 1200–1204. doi: 10.1136/bmj.320.7243.1200

- Mackenbach J., de Jong J.P. (2018). *Health Inequalities: an Interdisciplinary Exploration of Socioeconomic Position, Health and Causality*. Amsterdam: FEAM/ALLEA Committee on Health Inequalities.
- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Artnik B., et al. (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries. *British Medical Journal*, 353(8053), i1732. doi: 10.1136/bmj.i1732
- Mackenbach J.P., Kulhánová I., Menvielle G., et al. (2015). Trends in inequalities in premature mortality: a study of 3.2 million deaths in 13 European countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(3), 207–217. doi: 10.1136/jech-2014-204319
- Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., et al. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468–2481. doi: 10.1056/NEJMsa0707519
- Marmot M.G. (2004). *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. New York: Henry Holt & Company.
- Marmot M.G., Fuhrer R., Ettner S.L., et al. (1998). Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *Milbank Quarterly*, 76(3), 403–448. doi: 10.1111/1468-0009.00097
- Marmot M., 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. doi: 10.1136/bmj.322.7296.1233
- Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. Matthews K.A., Gallo L.C. (2011). Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health. *Annual Review of Psychology*, 62, 501–530. doi: 10.1146/annurev.psych.031809.130711
- 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*, 1186(1), 146–173. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
- McDonough P., Berglund P. (2003). Histories of poverty and self-rated health trajectories. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(2), 198–214. doi: 10.2307/1519808
- McLeod J.D., Kessler R.C. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(2), 162–172. doi: 10.2307/2137170
- Moor I., Günther S., Knöchelmann A., et al. (2018). Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: a trend analysis using the German Socio-Economic Panel study (GSOEP). *British Medical Journal Open*, 8(6), e019755. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019755
- Moor I., Rathmann K., Stronks K., et al. (2014). Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(10), 912–921. doi: 10.1136/jech-2014-203933
- Moor I., Richter M., Ravens-Sieberer U., et al. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health*, 25(Suppl.2), 57–60. doi: 10.1093/eurpub/ckv028

- Moor I., Spallek J., Richter M. (2017). Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 71(6), 565–575. doi: 10.1136/jech-2016-207589
- Pampel F.C., Krueger P.M., Denney J.T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, 36, 349–370. doi: 10.1146/annurev.soc.012809.102529
- Pförtner T-K., Elgar F.J. (2016). Widening inequalities in self-rated health by material deprivation? A trend analysis between 2001 and 2011 in Germany. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(1), 82–89. doi: 10.1136/jech-2015-205948
- Ploubidis G.B., DeStavola B.L., Grundy E. (2011). Health differentials in the older population of England: an empirical comparison of the materialist, lifestyle and psychosocial hypotheses. *BMC Public Health*, 11(1), 390. doi: 10.1186/1471-2458-11-390
- Pogosova N. V., Boitsov S. A., Oganov R. G., et al. (2018). Psychosocial risk factors in ambulatory patients with arterial hypertension and ischemic heart disease of 30 cities in Russia: Data from the KOMETA (Comet) Study. *Kardiologiya*, 58(11), 5–16. (In Russ.). doi: 10.18087/cardio.2018.11.10193
- Pogosova N.V., Oganov R.G., Boytsov S.A., et al. (2017). Psychosocial factors and life quality in coronary heart disease patients: results of the Russian part of International multicenter study EUROASPIRE IV. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 16(5), 20–26. (In Russ.). doi: 10.15829/1728-8800-2017-5-20-26
- Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(3), 239–256. doi: 10.1007/s12160-009-9111-x
- Richter M., Moor I., van Lenthe F.J. (2012). Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(8), 691–697. doi: 10.1136/jech.2010.125500
- Roepke S.K., Grant I. (2011). Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health. *Health Psychology*, 30(5), 615–632. doi: 10.1037/a0023480
- Rusinova N.L. Safronov V.V. (2018). The psychological mediators of social inequalities in health: Self-efficacy in Europe and Russia. *Sociological Journal*, 24(4), 30–53. (In Russ.). doi: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096
- Rusinova N.L. Safronov V.V. (2019). Psihologicheskie resursy, materialnye lisheniya i zdorove v Evrope: Pryamoe vliyanie i mediatsiya neravenstv po obrazovaniyu. (Psychological resources, material deprivation and health in Europe: direct influence and mediation of educational inequalities). *Journal of Economic Sociology*, forthcoming.
- Sacker A., Bartley M., Firth D., Fitzpatrick R. (2001). Dimensions of social inequality in the health of women in England: occupational, material and behavioural pathways. *Social Science and Medicine*, 52(5), 763–781. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00176-3
- Schmitz A.L., Pförtner T-K. (2017). Health inequalities in old age: the relative contribution of material, behavioral and psychosocial factors in a German sample. *Journal of Public Health*, 40(3), e235–e243. doi: 10.1093/pubmed/fdx180
- Schönfeld P., Brailovskaia J., Bieda A., et al. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 1–10. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005

- Schrijvers C.T., Stronks K., van de Mheen H.D., Mackenbach J.P. (1999). Explaining educational differences in mortality: the role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health*, 89(4), 535–540. doi: 10.2105/AJPH.89.4.535
- Seeman M., Lewis S. (1995). Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*, 41(4), 517–525. doi: 10.1016/0277-9536(94)00362-W
- Skalická V., van Lenthe F., Bambra C., et al. (2009). Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *International Journal of Epidemiology*, 38(5), 1272–1284. doi: 10.1093/ije/dyp262
- Stronks K., van de Mheen H.D., Looman C.W.N., Mackenbach J.P. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18(5), 653–674. doi: 10.1111/1467-9566.ep10934524
- Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al. (2010). Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk. *Health Psychology*, 29(4), 412–420. doi: 10.1037/a0019432
- Takakura M., Sakihara S. (2001). Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*, 28(1), 82–89. doi: 10.1016/S1054-139X(00)00144-0
- Tøge A.G., Bell R. (2016). Material deprivation and health: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 16, 747. doi: 10.1186/s12889-016-3327-z
- Townsend P. (1979). *Poverty in the United Kingdom: a survey of household resources and standards of living*. Berkeley: University of California Press.
- Townsend P., Davidson N. (1982). *Inequalities in Health: the Black Report*. London: Penguin.
- Twenge J.M., Campbell W.K. (2002). Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 59–71. doi: 10.1207/S15327957PSPR0601_3
- Van Lenthe F.J., Gevers E., Joung I.M., et al. (2002). Material and behavioral factors in the explanation of educational differences in incidence of acute myocardial infarction: the Globe study. *Annals of Epidemiology*, 12(8), 535–542. doi: 10.1016/S1047-2797(01)00279-4
- Van Oort F.V., van Lenthe F.J., Mackenbach J.P. (2005). Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in The Netherlands. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(3), 214–220. doi: 10.1136/jech.2003.016493