

МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Л. РУСИНОВА, В.В. САФРОНОВ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕДИАТОРЫ СОЦИАЛЬНЫХ НЕРАВЕНСТВ В ЗДОРОВЬЕ: «УВЕРЕННОСТЬ В СЕБЕ» В ЕВРОПЕ И РОССИИ¹

Аннотация. Исследование посвящено проблеме психологической медиации социального структурирования здоровья. Согласно теоретическим представлениям, не получившим пока убедительного обоснования, снижение социального статуса индивида сопровождается утратой психологических черт, необходимых для преодоления трудностей жизни и вызываемых ими стрессов, что и сказывается на ухудшении здоровья в нижних общественных слоях. Проверка этого положения осуществлялась при обращении к данным Европейского социального исследования — репрезентативных опросов населения 27 стран, проведенных в 2012–2013 годы. Изучение непрямых психологических эффектов продемонстрировало, что во многих из этих стран такое свойство, как уверенность человека в собственных силах, действительно выступает медиатором социального структурирования здоровья, особенно отчетливо — во многих посткоммунистических обществах, тогда как в наиболее развитых западных странах посреднические эффекты оказались слабыми или полностью отсутствовали. Двухуровневый анализ выраженности психологической медиации в зависимости от

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН.
Адрес: 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д. 25/14.
Телефон: +7 (812) 316-75-68. **E-mail:** nrusinova@gmail.com

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН.
Адрес: 190005, Санкт-Петербург, 7-ая Красноармейская ул., д.25/14.
Телефон: +7 (812) 316-34-36. **E-mail:** vsafronov@list.ru

¹ Работа выполнена 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. Русинова (грант № 18-013-00064).

факторов экономического благосостояния стран, развития социального государства и культурного своеобразия, не поддерживая предположения о важности индивидуалистической культуры для проявления медиации, убедительно свидетельствует, что она связана с социально-экономическим контекстом. В странах с сильной экономикой и социальным государством распределение психологических ресурсов слабо связано с социальной структурой — относительное благополучие нижних общественных страт вследствие развитой системы государственных социальных гарантий позволяет многим их представителям сохранять самоуважение и оптимизм. Психологические ресурсы, распределение которых не отражает однозначно социальную стратификацию, теряют роль медиатора. В менее 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.

Ключевые слова: социальные неравенства в здоровье; психологические ресурсы; уверенность в себе; посреднические эффекты; сравнительное исследование; двухуровневый регрессионный анализ; страны Европы.

Для цитирования: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Психологические медиаторы социальных неравенств в здоровье: «уверенность в себе» в Европе и России // Социологический журнал. 2018. Том 24. № 4. С. 30–53. DOI: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096

Проблема: психологические медиаторы неравенств в здоровье

С понижением социально-экономического статуса человека заметно ухудшается его здоровье. В современных обществах, даже наиболее развитых, можно обнаружить такие структурные неравенства в здоровье [18; 27; 28]. Недостаток материальных ресурсов и институционального доступа к качественным медицинским услугам в нижних общественных стратах, как и склонность их представителей к несущим риски для здоровья стилям жизни, составляют важные условия формирования этих неравенств.

В современных теоретических исследованиях признается, что — наряду с названными условиями — существенное воздействие на социальное структурирование здоровья оказывают социальные связи и психологические черты личности [1; 2; 26; 28; 30]. Согласно концепции резервного социально-психологического потенциала [12], неравное распределение здоровья обусловлено дефицитом у представителей нижних общественных слоев психологических ресурсов, таких как высокая самооценка, уверенность в себе, оптимистический взгляд в будущее, способность контролировать обстоятельства жизни и интерес к ней, а также ограниченностью их социальных отношений, отсутствием близких людей, способных прийти на помощь [31]. Психосоциальные ресурсы имеют важное значение для поддержания

здоровья человека, препятствуя негативному воздействию на него стрессовых ситуаций, но они неравномерно распределены в социальной структуре, понижаясь с переходом от высокого статуса к низкому, что и сказывается на здоровье людей с разным общественным положением. Психологические резервы личности, как и ресурсы социального капитала, выступают медиатором связей между статусом и здоровьем.

Согласно полученным в эмпирических исследованиях фактам, социальный статус действительно влияет на здоровье через такие психологические свойства, как самоуважение [40], чувство контроля над происходящим [4; 6] или оптимизм [13; 32; 40]. Так, было показано, что убежденность человека в своей способности контролировать жизнь благоприятно сказывается на показателях физического здоровья [20; 23], психического равновесия [37], на сроках восстановления после болезни [7; 48; 49], а также ведет к снижению рисков смертности [42], в том числе и от сердечнососудистых заболеваний [45]. Причем эта убежденность была характерна скорее для представителей более высоких социальных позиций, тогда как при низком статусе она встречалась заметно реже [5; 6; 24; 29; 39]. Все эти исследования косвенным образом свидетельствуют о посредническом эффекте, но есть и отдельные работы, напрямую подтверждающие существование медиации между статусом и здоровьем через различия в показателях контроля жизни [4; 5; 40].

В других исследованиях было установлено, что вера человека в собственные силы и признание значимости своего «я», смягчая воздействия стрессоров на организм [33], также позитивно влияет на его физическое и психическое самочувствие, снижает риски сердечнососудистых и онкологических заболеваний, преждевременной смертности [25; 38; 43; 46]. Эти характеристики зависят от социально-экономического статуса [10; 50] и способны оказывать посредническое влияние на здоровье, как это было продемонстрировано в лонгитюдном исследовании взрослых американцев — связи между показателями дохода и образования с самооценкой здоровья и наличием хронических заболеваний несколько ослаблялись при учете этой психологической переменной [40].

Еще одно важное психологическое свойство, оказывающее благоприятное воздействие на физическое и психическое благополучие человека, — оптимистический взгляд в будущее [34]. Склонность к оптимизму характерна в большей мере для тех, кто обладает социально-экономическими преимуществами в обществе, и реже встречается среди людей, которые их лишены [12; 16; 35]. В некоторых работах было установлено, что эта личностная диспозиция служит медиатором, опосредуя связь социально-экономического статуса со здоровьем [11; 40].

Исследования посреднического эффекта, в которых изучались указанные личностные свойства, можно дополнить отдельными примерами, где анализировалась переменная, отражающая совокупность различных психосоциальных ресурсов. Комбинация оптимизма, чувства контроля и осознания значимости «я» служила медиатором между уровнем обра-

зования и риском развития метаболического синдрома — комплексного нарушения обмена веществ, приводящего к ряду смертельно опасных заболеваний, хотя посреднические эффекты были довольно слабыми [13; 32]. В другой работе, посвященной восприимчивости к вирусным инфекциям, медиативного эффекта для психологического ресурса, свидетельствующего об оптимизме и чувстве контроля, найдено не было [8].

Большая часть свидетельств о психологических медиаторах были получены при изучении развитых западных обществ, но они обнаруживаются и в посткоммунистических странах Европы, о чем свидетельствует анализ такой характеристики, как чувство контроля [3].

Еще одна область исследования психологической медиации — сравнительный анализ выраженности посреднических эффектов в разных общественных условиях. Правда, представляющие эту область работы немногочисленны и посвящены изучению культурного контекста. Высказывалось предположение, что личностные ресурсы играют важную 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, исследование студентов из Германии, России и Китая, отличающихся в культурном отношении, показало, что вера в собственные силы играет заметную роль в смягчении воздействия повседневного стресса на психическое здоровье в любой из этих стран [41]. Точно так же, вопреки предположению, чувство контроля было связано с симптомами депрессии и в Восточной Европе, и в России, и в Японии [3; 47]. 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 [22]. Влияние культуры не проявилось и при сравнении медиативных эффектов чувства контроля на депрессию в 23-х странах из разных частей мира — Восточной, Южной и Западной Европы, Южной и Северной Америки, стран Тихоокеанского региона [44].

Таким образом, в литературе, хотя и немногочисленной, можно найти подтверждение тезиса о посредническом влиянии психологических ресурсов, объясняющем связи между социальной стратификацией и здоровьем. Однако накопленные факты все еще не позволяют с уверенностью говорить о существовании таких эффектов и их значимости [31].

Задачи и методы исследования

Настоящая работа посвящена исследованию роли психологической медиации в социальном структурировании здоровья. Предшествующие исследования свидетельствуют, что личностные характеристики, такие как способность контролировать обстоятельства жизни, высокая самооценка или склонность к оптимистическому видению будущего, оказы-

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

К неодинаковым результатам могут приводить не только методологические отличия, не исключено, что за ними скрываются и содержательные особенности проявления посреднических эффектов в разных общественных контекстах. Правда, сравнительные исследования, которые способны прояснить этот вопрос, практически полностью отсутствуют. Предпринимались отдельные попытки сопоставления посреднических влияний в двух-трех странах с разными культурными характеристиками, однако убедительного подтверждения предположения, что личностные ресурсы должны с большей отчетливостью опосредовать связи социально-экономического положения и здоровья в западном обществе с индивидуалистической культурой, получено не было.

Представленное ниже исследование нацелено на прояснение некоторых из отмеченных проблем и предполагает решение двух основных задач. Первая из них подразумевает выявление — почти в трех десятках европейских стран, изучавшихся по единой методологии, — психологических медиаторов социально-структурных различий в здоровье и сопоставление степени выраженности таких эффектов. Вторая задача связана с обнаружением контекстуальных различий между странами, которые способны объяснить расхождение между ними в проявлениях эффектов психологической медиации. Можно предположить, что посредническое влияние психологических ресурсов на социально-структурные неравенства в здоровье сильно отличается в разных частях Европы. В наиболее развитых странах с высоким уровнем благосостояния и сильным социальным государством эффект медиации, скорее всего, будет менее выраженным, поскольку такой социетальный контекст создает благоприятные условия для укрепления у представителей нижних общественных слоев психологической уверенности в контроле за происходящим в жизни, сохранения ими самоуважения и оптимизма. В силу этого психологические ресурсы будут в развитых странах распределяться более равномерно по социальной структуре и играть менее важную роль при трансляции статусных особенностей в характеристики здоровья. В относительно менее развитых в экономическом отношении европейских государствах, где невысокий — по европейским меркам — уровень жизни значительной части населения

сочетается со слабыми государственными социальными гарантиями, психологическое посредничество, вероятно, будет обнаруживаться с большей определенностью — трудности жизни у людей с невысоким статусом и отсутствие должной защиты со стороны государства могут порождать у них неуверенность в себе, ощущение утраты контроля за происходящим, неверие в возможность изменения жизни к лучшему. Недостаток в нижних стратах психологических резервов для преодоления хронических стрессов как раз и отражается на их здоровье — тесные взаимосвязи статусных позиций и психологической устойчивости транслируются в различия показателей здоровья. Заслуживает проверки и отмеченное выше соображение о влиянии культуры на степень выраженности посреднического эффекта. Поскольку личностные свойства играют более важную роль в индивидуалистической культуре, характерной для Западной Европы, чем в коллективистской культуре, которую страны Восточной и Центральной Европы могли унаследовать от коммунистического прошлого, выраженность психологического посредничества будет, возможно, вопреки первому предположению, более заметной в западных странах.

При проверке этих гипотез анализировались данные Европейского социального исследования 6-го раунда [9], полученные в ходе репрезентативных опросов населения 27 стран, в число которых входят: 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. В этом раунде основной модуль анкеты был дополнен блоками интересующих нас вопросов, которые позволяют углубленно анализировать психологические ресурсы личности. Общее число респондентов, с которыми были проведены интервью, составляет более 50000 человек, а средний размер национальной выборочной совокупности — около 2000 респондентов.

В Европейском социальном исследовании для измерения различий в общем самочувствии используется стандартный и широко применяемый в социологических исследованиях показатель самооенок 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 нашей работе расхождения в состоянии здоровья, представляющие зависимую переменную, оценивались именно по этой шкале.

Социальный статус участников опросов, независимая переменная, фиксировался в разных вариантах анализа с помощью трех показателей, отражающих как объективные характеристики общественного положения, так и восприятие человеком своего места в социальной структуре:

1) Образование — индекс, суммирующий число лет, в течение которых респондент обучался в формальных учебных заведениях, включая школу, профессиональное училище или колледж, институт или университет, аспирантуру и т. п.

2) Социально-профессиональный статус — профессиональные позиции, которые различаются в ESS-данных в соответствии с Международной стандартной классификацией профессий (International Standard Classification of Occupations: ISCO 08, см.: [21]), преобразовывались с помощью специальной программы конверсии [14] в Международный социально-экономический индекс профессионального статуса (International Socio-Economic Index of Occupational Status, ISEI).

3) Воспринимаемое положение в социальной структуре — оценки респондентами своего места в обществе, полученные при ответе на вопрос анкеты: «В нашем обществе есть люди, которые находятся ближе к верхушке общества, а есть люди, которые ближе к его низам. На этой карточке Вы видите шкалу, которая идет сверху вниз. Где Вы расположили бы себя на этой шкале в настоящее время? ... 10 — На самом веру, 0 — В самом низу».

В опросах фиксировался ряд психологических свойств личности, среди которых были самоуважение и оптимизм [19] — характеристики, играющие важную роль при анализе посреднических эффектов. Для фиксации личного оптимизма респондентам предлагалось выразить свое отношение к суждению «Я всегда смотрю на свое будущее с оптимизмом», используя пятибалльную шкалу согласия. Измерение отношения человека к самому себе, позволяющее разделить опрошенных на людей с высокой и низкой самооценкой, производилось также с помощью пятибалльных шкал согласия в приложении к следующим двум суждениям: «В целом я очень хорошо к себе отношусь» и «Временами я чувствую себя неудачником». Поскольку ответы, полученные по каждой из этих трех шкал, оказались достаточно тесно взаимосвязанными (и составляют отдельную латентную переменную при факторном анализе различных психологических свойств, изучавшихся в опросах), нами был сконструирован из них обобщающий индекс, свидетельствующий об уверенности человека в собственных силах.

Показатели оценок общего самочувствия заметно отличаются у мужчин и женщин, зависят, разумеется, от возраста и тесно связаны с социальным капиталом (вовлеченностью человека в сети социальных взаимодействий и позитивными аттитюдами к другим людям). Эти три признака контролировались в нашем анализе посреднических эффектов.

При изучении социетальных условий рассматривались три группы факторов:

1) Состояние экономики и благосостояние: а) ВНД, валовой национальный доход на душу населения при паритете покупательной способности (World Bank, GNI per capita, PPP); б) уровень жизни населения страны — доля в национальной выборке респондентов, указавших, что доходы позволяют им жить, не испытывая материальных затруднений.

2) Развитие социального государства: а) государственные расходы на здравоохранение в душевом исчислении, рассчитанные при паритете покупательной способности (World Health Organization, Per capita government expenditure on health, PPP); б) общие расходы на социаль-

ную защиту на душу (по данным International Labour Organization, Total social protection expenditure, % GDP с учетом душевого ВВП).

3) Особенности культуры — «Индекс индивидуализма» Г. Хофстеде и его коллег, характеризующий культурную предрасположенность общества к индивидуализму / коллективизму [17].

Аналитическая схема, поясняющая проверявшиеся в нашем исследовании зависимости между рассмотренными переменными, приведена на рисунке 1. Общий эффект (с), свидетельствующий о влиянии социального статуса на здоровье, можно разложить на две составляющие — непрямой эффект (ab), учитывающий воздействие статуса на здоровье через медиатор психологических ресурсов, и прямой (с'), остающийся от общего после принятия в расчет этой медиации. Непрямой эффект складывается из детерминаций, (а) указывающей, что обладание ресурсами зависит от положения в социальной структуре, и (b) фиксирующей собственно воздействие этих ресурсов на здоровье. Этот эффект оценивается при контроле социальной демографии и социального капитала и может различаться в разных странах при неодинаковых значениях факторов социетального контекста.

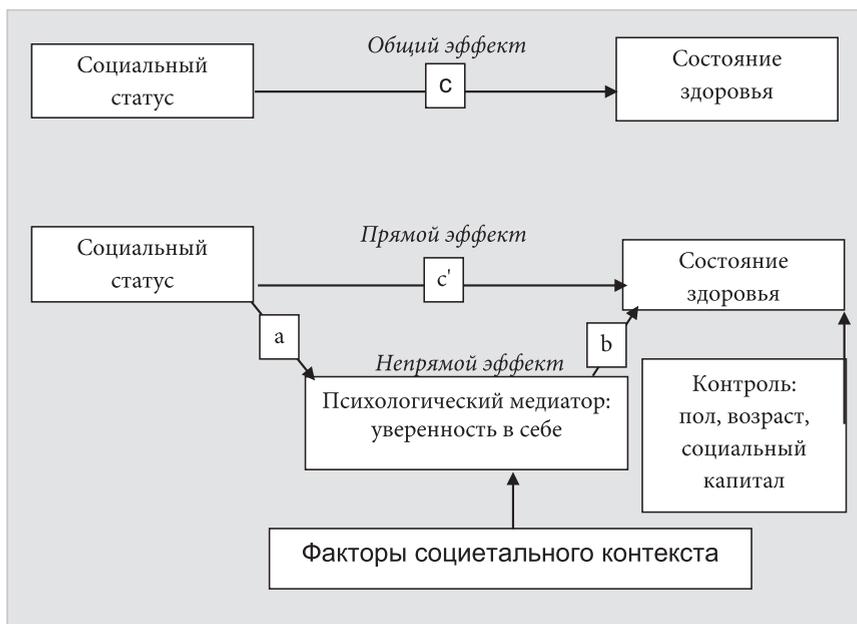


Рис. 1. Влияние социального статуса на здоровье: схема анализа эффектов

Статистический анализ психологической медиации для каждой из стран в отдельности осуществлялся с помощью специальной программы, созданной для изучения непрямых эффектов (Process macro for SPSS, см. URL: <http://www.processmacro.org/download.html>, представление о percep-

сионных моделях, которые для этого используются, можно найти в книге ее разработчика: [15]). При двухуровневом моделировании, позволяющем не только выявлять посреднические эффекты индивидуального уровня, но и оценивать влияние на них контекстуальных факторов, различающих страны, использовалась другая программа, расширяющая некоторые возможности первой (ML medmacro, см.: URL:<https://njrockwood.com/mlmed/>, авторское описание можно найти в диссертации [36]). Все независимые переменные преобразовывались в шкалы, изменяющиеся от 0 до 1, что упрощает интерпретацию выявляемых эффектов.

Непрямые эффекты: проявление в европейских странах

Результаты, свидетельствующие о влиянии социального статуса на здоровье в каждой из 27 европейских стран, представлены в таблице 1. В ней приводятся сведения об общих, прямых и непрямых эффектах, полученных для различий в здоровье респондентов с разным образованием и об опосредованном влиянии этого показателя на здоровье через психологический медиатор уверенности человека в своих силах. Страны упорядочены по степени выраженности в них общего воздействия структурных различий на оценку здоровья.

Приведенные регрессионные коэффициенты для общих эффектов лишней раз подтверждают существование в разных европейских обществах социально-структурных неравенств в здоровье. Во всех странах (за одним исключением) эти коэффициенты оказались статистически значимыми на очень высоком или высоком уровне и отрицательными, что говорит об ухудшении здоровья опрошенных по мере снижения уровня их образования.

В то же время такие зависимости очень сильно различаются в разных частях Европы. В открывающей список Болгарии, например, различия по пятибалльной шкале оценок здоровья между респондентами с самым низким и самым высоким уровнями образования составляют 1,26 пункта — очень существенное расхождение, тогда как в замыкающей его Исландии лишь 0,29 — единственное значение, не достигающее общепринятого уровня значимости. Многие посткоммунистические государства располагаются в верхней части списка, где зависимости между образованием и самочувствием особенно отчетливы, тогда как в нижней половине скорее можно обнаружить наиболее развитые страны Центральной и Северной Европы.

Показатели прямого воздействия образования на здоровье — после учета психологической медиации — в одних странах существенно уменьшаются по сравнению с общими эффектами, а в других такое изменение оказывается менее заметным, однако почти во всех странах эффекты остаются высоко статистически значимыми. Это позволяет утверждать, что посреднические психологические эффекты лишь отчасти объясняют взаимосвязи статуса со здоровьем, да и то не во всех странах. Даже в Чехии, где указанное снижение было самым заметным, прямой эффект все же составляет большую часть общего влияния (64%).

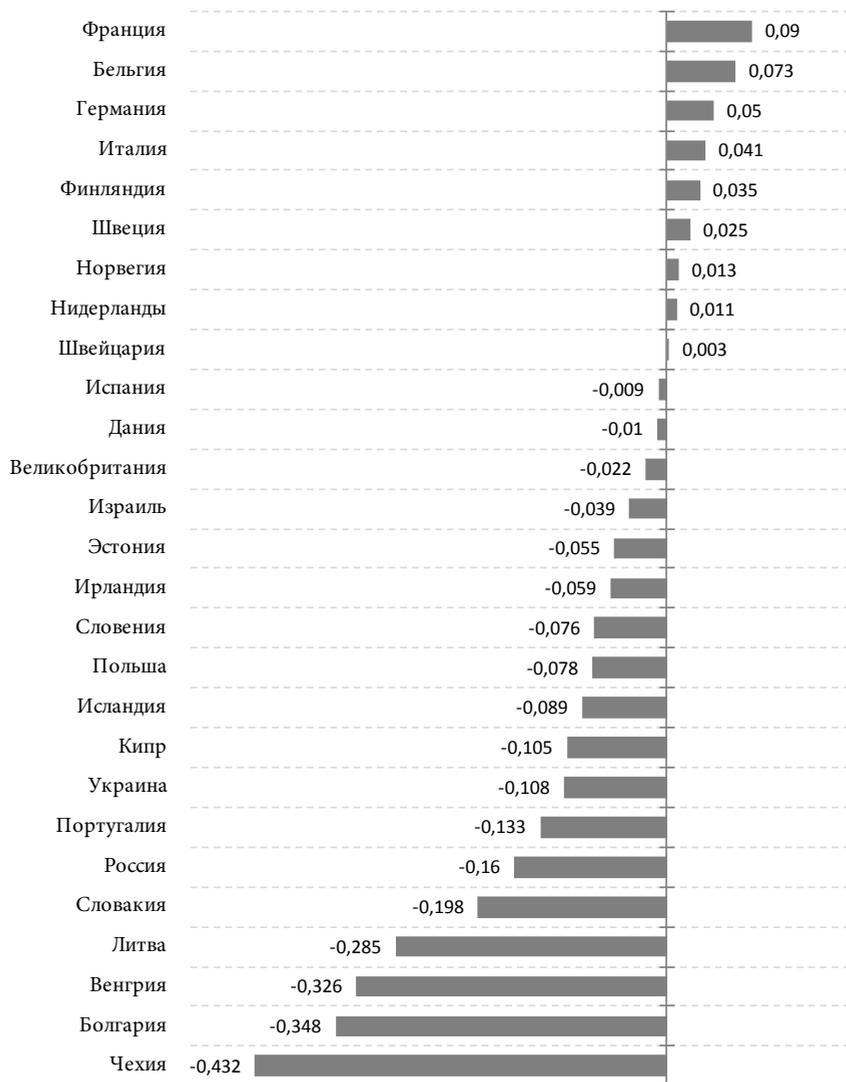
Таблица 1

Образование, «уверенность в себе» и здоровье в странах Европы: выраженность общего, прямого и непрямого эффектов

Страны	Эффекты			
	общий	прямой	непрямой	
Болгария	-1,256***	-0,908***	-0,348	(-0,449; -0,264)
Чехия	-1,215***	-0,783***	-0,432	(-0,574; -0,298)
Венгрия	-1,136***	-0,810***	-0,326	(-0,435; -0,229)
Словения	-1,129***	-1,053***	-0,076	(-0,164; -0,005)
Израиль	-1,000***	-0,961***	-0,039	(-0,097; +0,013)
Эстония	-0,975***	-0,920***	-0,055	(-0,104; -0,013)
Словакия	-0,876***	-0,677***	-0,198	(-0,288; -0,119)
Кипр	-0,817***	-0,712***	-0,105	(-0,191; -0,035)
Ирландия	-0,807***	-0,748***	-0,059	(-0,114; -0,008)
Великобритания	-0,794***	-0,772***	-0,022	(-0,094; +0,050)
Финляндия	-0,774***	-0,809***	+0,035	(+0,001; +0,074)
Португалия	-0,752***	-0,619***	-0,133	(-0,210; -0,062)
Россия	-0,731***	-0,571***	-0,160	(-0,227; -0,105)
Дания	-0,631***	-0,622***	-0,010	(-0,067; +0,043)
Бельгия	-0,609***	-0,683***	+0,073	(+0,026; +0,129)
Литва	-0,607***	-0,322*	-0,285	(-0,370; -0,211)
Испания	-0,587***	-0,577***	-0,009	(-0,061; +0,040)
Франция	-0,556***	-0,645***	+0,090	(+0,029; +0,161)
Польша	-0,555***	-0,477**	-0,078	(-0,142; -0,019)
Германия	-0,519***	-0,568***	+0,050	(+0,005; +0,100)
Норвегия	-0,475***	-0,488**	+0,013	(-0,038; +0,066)
Швеция	-0,449**	-0,474**	+0,025	(-0,058; +0,106)
Нидерланды	-0,426**	-0,437**	+0,011	(-0,033; +0,057)
Италия	-0,370*	-0,411*	+0,041	(-0,001; +0,100)
Швейцария	-0,359*	-0,362*	+0,003	(-0,004; +0,025)
Украина	-0,347*	-0,239	-0,108	(-0,174; -0,049)
Исландия	-0,287	-0,198	-0,089	(-0,208; +0,004)

Уровни значимости общих и прямых эффектов: *** $p < 0.0001$; ** $p < 0.001$; * $p < 0.01$. Для не прямых эффектов в скобках приведены доверительные интервалы (bias-corrected 95% boot strap confidence interval, 10000 samples); клетки, содержащие статистически значимые коэффициенты, выделены серой заливкой.

Тем не менее психологические ресурсы играют важную посредническую роль. Во многих странах, как показывают в таблице 1 клетки с серой заливкой, посреднические эффекты статистически значимы. На рисунке 2 эти эффекты упорядочены по величине.



**Рис. 2. Здоровье, образование и «уверенность в себе»:
непрямые эффекты в ESS-странах**

Непрямые эффекты оказались наиболее отчетливыми во многих посткоммунистических странах — Чехии, Болгарии, Венгрии, Литве, Словакии, России и других, а также в некоторых менее развитых государствах юга Европы. В другую категорию, где непрямые эффекты мало отличаются от нуля, входят развитые европейские государства, такие как Швеция, Норвегия, Нидерланды, Швейцария или Дания, Великобритания и Израиль. Сюда же примыкают отдельные страны,

в которых посредническое воздействие оказалось выраженным статистически значимыми положительными коэффициентами — Финляндия, Германия, Бельгия и Франция. В них психологические ресурсы не только не становятся более дефицитными по мере снижения образовательного статуса, как в первой группе стран, но, напротив, оказываются в недостатке в более высоких социальных стратах. Однако по величине эти эффекты более чем скромные, по сути они лишь подтверждают общие для развитых европейских обществ закономерности отсутствия выраженного соответствия между социальной и психологической стратификациями, что связано, вероятно, как с растущей напряженностью профессиональной жизни у образованных профессионалов, так и с государственными социальными гарантиями для нижних страт.

Социетальные различия посреднических эффектов

В странах Европы обнаруживаются заметные отличия не прямых психологических эффектов, и нам предстоит теперь выяснить, с какими контекстуальными факторами это связано. Результаты двухуровневого моделирования сведены в таблице 2.

С целью проверки выявляемых закономерностей при анализе использовались три переменных социального положения. В модели 1 это — образование, в модели 2 — профессиональный статус, а в модели 3 — воспринимаемое положение в обществе. В столбце (а) этих моделей приводятся регрессионные коэффициенты для соответствующей переменной социального статуса и контрольных признаков на первом уровне, для обобщающего показателя социально-экономического развития страны — душевого ВНД — на втором уровне, а также коэффициенты для интеракций между статусом и ВНД, свидетельствующие о воздействии всех этих признаков на психологические ресурсы — шкалу уверенности индивида в собственных силах. А в столбце (b) коэффициенты позволяют судить о зависимостях самочувствия опрошенных от переменной уверенности в себе при контроле пола, возраста, положения в общественной структуре и социального капитала, а также — показателя ВНД и его интеракции с этой психологической переменной. Кроме того, каждая модель характеризуется индексом ММ (Index of Moderated Mediation), который позволяет оценить степень влияния Модератора второго уровня, которым в обсуждаемых моделях был ВНД, на выраженность психологической Медиации в целом (ab). Статистическая значимость этого индекса, выраженного линейным показателем, говорит о существенной роли модератора в различении медиативных эффектов между странами вследствие его воздействия на одну из детерминантных линий — (a) или (b), тогда как при значимости квадратичного показателя модератор влияет и на одну и на другую линию.

Модели 1, 2 и 3 выявляют сходные закономерности. Уровень социально-экономического развития страны является важным фактором психологической медиации, оказывая воздействие на выраженность социально-структурной дифференциации по признаку психологиче-

ской устойчивости. Согласно отрицательному и статистически значимому коэффициенту, характеризующему интеракцию ВНД с социальным статусом, прямая зависимость между последним и уверенностью человека в своих силах становится менее выраженной по мере роста экономического благосостояния страны.

Таблица 2

Различия в ESS-странах а, b и ab составляющих непрямого влияния социального статуса на здоровье через психологические ресурсы: значение душевого ВНД

Переменные	Модель 1		Модель 2		Модель 3	
	a (Sig.)	b (Sig.)	a (Sig.)	b (Sig.)	a (Sig.)	b (Sig.)
УРОВЕНЬ 1						
Константа	0,68 (0,0000)	2,22 (0,0000)	0,69 (0,0000)	2,22 (0,0000)	0,68 (0,0000)	2,21 (0,0000)
Пол (M=1)	0,02 (0,0000)	-0,04 (0,0000)	0,02 (0,0000)	-0,04 (0,0000)	0,02 (0,0000)	-0,05 (0,0000)
Возраст (лет)	-0,02 (0,0000)	1,61 (0,0000)	-0,02 (0,0000)	1,69 (0,0000)	-0,02 (0,0000)	1,71 (0,0000)
Социальный капитал	0,45 (0,0000)	-1,12 (0,0000)	0,35 (0,0000)	-0,97 (0,0000)	0,45 (0,0000)	-1,09 (0,0000)
Социальный статус	0,07 (0,0013)	-0,63 (0,0000)	0,26 (0,0000)	-0,66 (0,0000)	0,04 (0,0000)	-0,32 (0,0000)
«Уверенность в себе»		-1,08 (0,0000)		-0,96 (0,0000)		-1,07 (0,0000)
УРОВЕНЬ 2						
ВНД на душу	0,07 (0,0492)	-0,88 (0,0001)	0,07 (0,0474)	-0,89 (0,0001)	0,07 (0,0485)	-0,90 (0,0000)
ИНТЕРАКЦИИ						
ВНД x Социальный статус	-0,42 (0,0002)		-0,31 (0,0005)		-0,19 (0,0000)	
ВНД x «Уверенность в себе»		0,12 (0,6444)		0,18 (0,4929)		0,47 (0,0643)
Индекс ММ		Значение (доверительный интервал)		Значение (доверительный интервал)		Значение (доверительный интервал)
линейный		0,46 (0,25, 0,66)		0,34 (0,14, 0,53)		0,22 (0,14, 0,31)
квадратичный		-0,05 (-0,32, 0,15)		-0,06 (-0,27, 0,08)		-0,09 (-0,22, 0,00)

Зависимые переменные: а — психологические ресурсы «уверенности в себе»; b — оценка здоровья (от очень хорошего к очень плохому). Социальный статус: Модель 1 — образование, Модель 2 — профессиональный статус, Модель 3 — оценка респондентом своего положения в обществе. Индекс ММ — Index of Moderated Mediation; доверительный интервал — 95% Monte Carlo confidence interval. N1 (индивиды): Модель 1 = 49 459, Модель 2 = 49 976, Модель 3 = 45 066; N2 (страны) во всех моделях = 27.

Индекс ММ позволяет утверждать, что посреднические психологические эффекты (ab) в изучавшихся странах действительно различаются в зависимости от состояния их экономик. Так, например, согласно модели 1, в странах с самыми высокими показателями душевого ВВП не прямой эффект образования на здоровье через психологическую уверенность на 0,47 меньше, чем там, где национальный доход самый низкий. Причем это происходит вследствие характера распределения психологических ресурсов по социальной структуре: в менее продвинутых странах эта связь более определена, чем в развитых обществах.

Анализ влияния ряда контекстуальных факторов на выраженность посреднических эффектов — результаты можно найти в таблице 3 — подтверждает заключение, полученное при анализе ВВП. Наиболее заметные по индексу ММ зависимости (как и прежде, только линейные), были обнаружены с еще одним показателем развития экономики (Валовой внутренний продукт на душу в сопоставимых ценах в среднем за 1993–2010 гг., по данным Penn World Table, PWT, Real GDP per capita, Constant Prices: Chain series), а также с факторами расходов государства на здравоохранение и другие социальные нужды. Наши результаты не подтверждают предположения о зависимости посреднических психологических эффектов от культурного контекста — фактор коллективизма / индивидуализма по индексу ММ оказался за пределами статистической значимости.

Таблица 3

Выраженность психологического посреднического эффекта в ESS-странах: влияние контекстуальных факторов

Факторы	Индекс ММ	
	Линейный (доверительный интервал)	Квадратичный (доверительный интервал)
<i>Экономика</i>		
ВВП на душу 1993–2010	0,421 (0,262; 0,584)	0,043 (-0,139; 0,192)
Уровень жизни	0,293 (0,131; 0,452)	0,019 (-0,101; 0,115)
<i>Социальное государство</i>		
Социальные расходы	0,422 (0,272; 0,574)	0,049 (-0,127; 0,194)
Расходы на здоровье	0,419 (0,259; 0,584)	0,043 (-0,137; 0,191)
<i>Культура</i>		
Коллективизм / индивидуализм	0,124 (-0,74; 0,319)	0,010 (-0,069; 0,071)

Зависимая переменная — оценки здоровья, независимая переменная — образование респондентов, психологические ресурсы — индекс уверенности в себе, и контроль — пол, возраст, социальный капитал. Число стран — 27, кроме анализа фактора коллективизма / индивидуализма — значения индекса Г. Хофстеде имеются для 24 из них.

Согласно полученным фактам, не просто высокий уровень благосостояния населения, а социальные гарантии и защита со стороны государства, обеспечиваемые экономическим процветанием, создают благоприятные условия для снижения опосредованного воздействия социального статуса на здоровье через психологические ресурсы. Меньшая выраженность психологической медиации в странах с высоким уровнем развития экономики и социального государства связана со сглаживанием социальных неравенств в психологической устойчивости.

Заключение

В современных обществах, как свидетельствуют многочисленные факты, состояние здоровья человека зависит от его положения в социальной структуре, ухудшаясь по мере снижения статуса. Одно из объяснений причин такой зависимости, дополняющее материалистические и институциональные трактовки, было в последнее десятилетие связано с теорией психосоциальных резервов, согласно которой снижение статуса сопровождается ослаблением интеграции индивида в поддерживающие сети социальных взаимодействий и утратой им психологических черт, необходимых для преодоления трудностей жизни. Психологические ресурсы и социальный капитал выступают посредниками при трансляции социального статуса в показатели здоровья. Эмпирические исследования посреднических психологических эффектов, которым посвящена представленная работа, пока не привели к убедительному подтверждению этих теоретических положений. Наши результаты вносят определенную ясность в некоторые из остающихся спорными вопросов.

Изучение непрямых психологических эффектов в почти трех десятках европейских стран продемонстрировало, что во многих из них такое свойство, как уверенность человека в собственных силах, действительно выступает медиатором социального структурирования здоровья, особенно отчетливо — во многих посткоммунистических обществах, тогда как в наиболее развитых западных странах посреднические эффекты оказались слабыми или полностью отсутствовали. Двухуровневый анализ выраженности психологической медиации в зависимости от факторов экономического благосостояния стран, развития социального государства и культурного своеобразия, не поддерживая предположения о важности индивидуалистической культуры для проявления медиации, убедительно свидетельствует, что она обусловлена социально-экономическим контекстом. В странах с сильными экономикой и социальным государством распределение психологических ресурсов слабо связано с социальной структурой — относительное благополучие нижних общественных страт вследствие развитой системы государственных гарантий позволяет многим из них сохранять самоуважение и оптимизм. Психологические ресурсы,

распределение которых не отражает однозначно социальную стратификацию, теряют роль медиатора. В менее развитой части Европы, включающей и Россию, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., et al.* Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient // *American Psychologist*. 1994. Vol. 49. Iss. 1. P. 15–24. DOI: 10.1037/0003-066X.49.1.15
2. *Adler N.E., Snibbe A.C.* The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health // *Current Directions in Psychological Science*. 2003. Vol. 12. Iss. 4. P. 119–123. DOI: 10.1111/1467-8721.01245
3. *Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M.* Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries // *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51. Iss. 9. P. 1343–1350. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4
4. *Bosma H., Jaarsveld C.H.M. van, Tuinstra J., et al.* Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socio-economic differences in heart disease in older persons // *Social Science & Medicine*. 2005. Vol. 60. Iss. 4. P. 737–45. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.06.018
5. *Bosma H., Mheen H.D. van de, Mackenbach J.P.* Social class in childhood and general adult health in adulthood: a questionnaire study of contribution of psychological attributes // *British Medical Journal*. 1999. Vol. 318. No. 7175. P. 18–22. Accessed 29.06.2018. URL: <<https://www.jstor.org/stable/25181415>>.
6. *Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P.* Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study // *British Medical Journal*. 1999. Vol. 319. No. 7223. P. 1469–1470. Accessed 29.06.2018. URL: <<https://www.jstor.org/stable/25186540>>.
7. *Chipperfield J.G., Campbell D.W., Perry R.P.* Stability in perceived control implications for health among very old community-dwelling adults // *Journal of Aging and Health*. 2004. Vol. 16. Iss. 1. P. 116–147. DOI: 10.1177/0898264303260447
8. *Cohen S., Alper C.M., Doyle W.J., et al.* Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold // *Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Iss. 2. P. 268–274. DOI: 10.1037/0278-6133.27.2.268
9. ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.3. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2012. Accessed: 23.06.2018. URL: <<http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>>.
10. *Festin K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M.* Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial

- resources in a middle-aged normal population // PLoS ONE. 2017. Vol. 12. Iss. 8. DOI:10.1371/journal.pone.0178929
11. *Finkelstein D.M., Kubzansky L.D., Capitman J., Goodman E.* Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources // *Journal of Adolescent Health*. 2007. Vol. 40. Iss. 2. P. 127–134. DOI:10.1016/j.jadohealth.2006.10.006
 12. *Gallo L.C., Matthews K.A.* Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? // *Psychological Bulletin*. 2003. Vol. 129. Iss. 1. P. 10–51. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.10
 13. *Gallo L.C., Monteros K.E. de los, Ferent V. et al.* Education, psychosocial resources, and metabolic syndrome variables in Latinas // *Annals of Behavioral Medicine*. 2007. Vol. 34. No. 1. P. 14–25. DOI: 10.1007/BF02879917
 14. *Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J.* International Stratification and Mobility File: Conversion Tools. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, 2010. Accessed 23.06.2018. URL: <<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>>.
 15. *Hayes A.F.* Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach. New York and London: The Guilford Press, 2013. — 507 p.
 16. *Heinonen K., Räikkönen K., Matthews K.A., et al.* Socioeconomic status in childhood and adulthood: associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up // *Journal of Personality*. 2006. Vol. 74. Iss. 4. P. 1111–1126. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00404.x
 17. *Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M.* Cultures and Organizations: Software of the Mind: Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival. New York: McGraw-Hill, 2010. — 576 p.
 18. *Huisman M., Read S., Towriss C.A., Deeg D.J.H., Grundy E.* Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region // *Epidemiologic Reviews*. 2013. Vol. 35. Iss. 1. P. 84–97. DOI: 10.1093/epirev/mxs010
 19. *Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J.* European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London, 2013. Accessed 29.05.2018. URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf>.
 20. *Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H.* Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age // *Developmental Psychology*. 2011. Vol. 47. No. 1. P. 9–18. DOI: 10.1037/a0021022
 21. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations: ISCO 08. Vol. I. Geneva: ILO, 2012. — 433 p. [См. также URL: <<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/>>. Дата обращения 23.06.2018.]
 22. *Kan Ch., Kawakami N., Karasawa M., et al.* Psychological resources as mediators of the association between social class and health: Comparative findings

- from Japan and the USA // *International Journal of Behavioral Medicine*. 2014. Vol. 21. Iss. 1. P. 53–65. DOI:10.1007/s12529-012-9249-y
23. *Lachman M.E., Agrigoroaei S.* Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise // *PLoS ONE*. 2010. Vol. 5. Iss. 10. DOI:10.1371/journal.pone.0013297
 24. *Lachman M.E., Weaver S.L.* The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 74. Iss. 3. P. 763–773. DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.763
 25. *Lundgren O., Garvin P., Jonasson L., Andersson G., Kristenson M.* Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample // *International Journal of Behavioral Medicine*. 2015. Vol. 22. Iss. 1. P. 77–84. DOI: 10.1007/s12529-014-9387-5
 26. *Mackenbach J.P.* The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox // *Social Science and Medicine*. 2012. Vol. 75. Iss. 4. P. 761–769. DOI:10.1016/j.socscimed.2012.02.031
 27. *Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., et al.* Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries // *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. No. 23. P. 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519
 28. *Marmot M.G.* The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt & Company, 2004. — 336 p.
 29. *Marmot M.G., et al.* Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health // *Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76. Iss. 3. P. 403–448. DOI: 10.1111/1468-0009.00097
 30. *Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F.* Social inequalities in health: Next questions and converging evidence // *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 44. Iss. 6. P. 901–910. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00194-3
 31. *Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E.* 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*. 2010. Vol. 1186. Iss. 1. P. 146–173. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
 32. *Matthews K.A., Raikonen K., Gallo L., Kuller L.H.* Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: Testing the reserve capacity model // *Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Iss. 5. P. 576–583. DOI: 10.1037/0278-6133.27.5.576
 33. *O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A.* Self esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress // *Brain, Behavior, and Immunity*. 2008. Vol. 22. Iss. 8. P. 1241–1247. DOI: 10.1016/j.bbi.2008.06.012
 34. *Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B.* Optimism and physical health: A meta-analytic review // *Annals of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 37. No. 3. P. 239–256. DOI:10.1007/s12160-009-9111-x
 35. *Robb K.A., Simon A.E., Wardle J.* Socioeconomic disparities in optimism and pessimism // *International Journal of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 16. Iss. 4. P. 331–338. DOI 10.1007/s12529-008-9018-0
 36. *Rockwood N.J.* Advancing the Formulation and Testing of Multilevel Mediation and Moderated Mediation Models. A Thesis Presented in Partial Fulfillment

- of the Requirements for the Degree Master of Arts in the Graduate School of The Ohio State University, 2017. Accessed 29.05.2018. URL: <<https://static1.squarespace.com/static/58d3d231893fc0bdd12db130/t/5935660659c-c687cc79948c0/1496671777254/Rockwood-Thesis.pdf>>.
37. *Rodin J., Timko C., Harris S.* The construct of control: biological and psychosocial correlates // *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 1985. Vol. 5. P. 3–55.
 38. *Roepke S.K., Grant I.* Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health // *Health Psychology*. 2011. Vol. 30. Iss. 5. P. 615–632. DOI: 10.1037/a0023480
 39. *Ross C.E., Mirowsky J.* Social structure and psychological functioning: Distress, perceived control and trust // *Handbook of social psychology* / Ed. by J. De Lamater. New York: Kluwer-Plenum Press, 2003. P. 411–450.
 40. *Schnittker J.* Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: a critical appraisal of four common factors // *Social Biology*. 2004. Vol. 51. Iss. 1/2. P. 1–23. DOI: 10.1080/19485565.2004.9989080
 41. *Schönfeld P., Brailovskaia J., Bieda A., Zhang X.C., Margraf J.* The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy // *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016. Vol. 16. No. 1. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
 42. *Seeman M., Lewis S.* Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women // *Social Science and Medicine*. 1995. Vol. 41. Iss. 4. P. 517–525.
 43. *Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., et al.* Self-esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-based Study // *Annals of Epidemiology*. 2004. Vol. 14. Iss. 1. P. 58–65. DOI: 10.1016/S1047-2797(03)00078-4
 44. *Steptoe A., Tsuda A., Tanaka J., Wardle J.* Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 Countries // *International Journal of Behavioral Medicine*. 2007. Vol. 14. Iss. 2. P. 97–107. DOI: 10.1007/BF03004175
 45. *Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al.* Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk // *Health Psychology*. 2010. Vol. 29. Iss. 4. P. 412–420. DOI: 10.1037/a0019432
 46. *Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al.* Mastery, sense of coherence, and mortality: evidence of independent associations from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study // *Health Psychology*. 2006. Vol. 25. Iss. 1. P. 102–110. DOI: 10.1037/0278-6133.25.1.102
 47. *Takakura M., Sakihara S.* Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students // *Journal of Adolescent Health*. 2001. Vol. 28. Iss. 1. P. 82–89. DOI: 10.1016/S1054-139X(00)00144-0
 48. *Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M.* Psychological resources, positive illusions, and health // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55. Iss. 1. P. 99–109. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.99
 49. *Taylor S.E., Seeman T.E.* Psychosocial resources and the SES–health relationship // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. Iss. 1. P. 210–225. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x

50. *Twenge J.M., Campbell W.K.* Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review // *Personality and Social Psychology Review*. 2002. Vol. 6. Iss. 1. P. 59–71. DOI: 10.1207/S15327957PSPR0601_3

Дата поступления: 29.06.2018.

SOTSIOLOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL

2018. VOL. 24. No. 4. P. 30–53. DOI: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096

N.L. RUSINOVA, V.V. SAFRONOV

Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences, St Petersburg, Russian Federation.

Nina L. Rusinova — Candidate of Economic Sciences, Head of the Sociology of health department, Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences.

Address: 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., St. Petersburg, Russia, 190005.

Phone: 8 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

Viacheslav V. Safronov — Senior Fellow, Sociological Institute of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences.

Address: 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya st., St. Petersburg, Russia, 190005.

Phone: +7 (812) 316-34-36. **Email:** vsafronov@list.ru

**THE PSYCHOLOGICAL MEDIATORS OF SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH:
SELF-EFFICACY IN EUROPE AND RUSSIA**

Abstract. This study is devoted to psychologically mediating the social structuring of health. According to theoretical views, which have not yet received a convincing justification, the decline in the social status of an individual is accompanied by the loss of the psychological resources necessary to overcome the difficulties of life and the stresses caused by them, which leads to deteriorating health in the lower social strata. The verification of this assumption was carried out using data from the European Social Survey — representative surveys of the population of 27 countries conducted in 2012–2013. Studying indirect psychological effects has demonstrated that in many of these countries such a psychological characteristic as self-efficacy is indeed a mediator of the social structuring of health, especially prominent in many post-communist societies, but not in the most developed western countries where mediating effects turned out to be weak or completely absent. A two-level analysis of psychological mediation, depending on the factors of the economic well-being of countries, the development of a social state and cultural identity, does not support the assumption of the importance of an individualistic culture for the manifestation of mediation, and convincingly demonstrates that indirect effects are related to the social and economic context. In countries with a strong economy and social state, the distribution of psychological resources is barely related to the social structure — the relative well-being of the lower social strata, due to the developed system of state social guarantees, allows for many of them to maintain self-respect and optimism. Psychological resources, the distribution of which does not reflect social stratification, lose the role of a mediator. In the less developed part of Europe, where the lower strata cannot rely on comprehensive government assistance, the hardships of life and the stresses they generate lead to a loss of faith in themselves and in the possibility of changes for

the better among people with low status, resulting in psychological resources acting as a mediator of health social structuring.

Keywords: social inequalities in health; psychological resources; self-efficacy; mediating effects; comparative study; two-level regression analysis; European countries.

For citation: Rusinova N.L., Safronov V.V. The Psychological Mediators of Social Inequalities in Health: Self-efficacy in Europe and Russia. *Sotsiologicheskij Zhurnal = Sociological Journal*. 2018. Vol. 24. No. 4. P. 30–53. DOI: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096

REFERENCES

1. Adler N.E., Boyce T., Chesney M.A., et al. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *American Psychologist*. 1994. Vol. 49. Iss. 1. P. 15–24. DOI: 10.1037/0003-066X.49.1.15
2. Adler N.E., Snibbe A.C. The role of psychosocial processes in explaining the gradient between socioeconomic status and health. *Current Directions in Psychological Science*. 2003. Vol. 12. Iss. 4. P. 119–123. DOI: 10.1111/1467-8721.01245
3. Bobak M., Pikhart H., Rose R., Hertzman C., Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities, and perceived control in self-rated health: cross-sectional data from seven post-communist countries. *Social Science & Medicine*. 2000. Vol. 51. Iss. 9. P. 1343–1350. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00096-4
4. Bosma H., Jaarsveld C.H.M. van, Tuinstra J., et al. Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socio-economic differences in heart disease in older persons. *Social Science & Medicine*. 2005. Vol. 60. Iss. 4. P. 737–45. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.06.018
5. Bosma H., Mheen H.D. van de, Mackenbach J.P. Social class in childhood and general adult health in adulthood: a questionnaire study of contribution of psychological attributes. *British Medical Journal*. 1999. Vol. 318. No. 7175. P. 18–22. Accessed 29.06.2018. URL: <<https://www.jstor.org/stable/25181415>>.
6. Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: Cohort study. *British Medical Journal*. 1999. Vol. 319. No. 7223. P. 1469–1470. URL: <<https://www.jstor.org/stable/25186540>. Accessed 29.06.2018>.
7. Chipperfield J.G., Campbell D.W., Perry R.P. Stability in perceived control implications for health among very old community-dwelling adults. *Journal of Aging and Health*. 2004. Vol. 16. Iss. 1. P. 116–147. DOI: 10.1177/0898264303260447
8. Cohen S., Alper C.M., Doyle W.J., et al. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Iss. 2. P. 268–274. DOI: 10.1037/0278-6133.27.2.268
9. *ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.3*. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC, 2012. Accessed: 23.06.2018. URL: <<http://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6>>.
10. Festin K., Thomas K., Ekberg J., Kristenson M. Choice of measure matters: A study of the relationship between socioeconomic status and psychosocial resources in a middle-aged normal population. *PLoS ONE*. 2017. Vol. 12. Iss. 8. DOI:10.1371/journal.pone.0178929
11. Finkelstein D.M., Kubzansky L.D., Capitman J., Goodman E. Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *Journal of Adolescent Health*. 2007. Vol. 40. Iss. 2. P. 127–134. DOI:10.1016/j.jadohealth.2006.10.006
12. Gallo L.C., Matthews K.A. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*. 2003. Vol. 129. Iss. 1. P. 10–51. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.10

13. Gallo L.C., Monteros K.E. de los, Ferent V. et al. Education, psychosocial resources, and metabolic syndrome variables in Latinas. *Annals of Behavioral Medicine*. 2007. Vol. 34. No. 1. P. 14–25. DOI: 10.1007/BF02879917
14. Ganzeboom H.B.G., Treiman D.J. *International Stratification and Mobility File: Conversion Tools*. Amsterdam: Department of Social Research Methodology, 2010. Accessed 23.06.2018. URL: <<http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm>>.
15. Hayes A.F. *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. N.Y., L.: The Guilford Press, 2013. 507 p.
16. Heinonen K., Räikkönen K., Matthews K.A., et al. Socioeconomic status in childhood and adulthood: associations with dispositional optimism and pessimism over a 21-year follow-up. *Journal of Personality*. 2006. Vol. 74. Iss. 4. P. 1111–1126. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00404.x
17. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. *Cultures and Organizations: Software of the Mind: Intercultural Cooperation and Its Importance for Survival*. N.Y.: McGraw-Hill, 2010. 576 p.
18. Huisman M., Read S., Towriss C.A., Deeg D.J.H., Grundy E. Socioeconomic inequalities in mortality rates in old age in the World Health Organization Europe region. *Epidemiologic Reviews*. 2013. Vol. 35. Iss. 1. P. 84–97. DOI: 10.1093/epirev/mxs010
19. Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. L.: Centre for Comparative Social Surveys, City University London, 2013. Accessed 29.05.2018. URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf>.
20. Infurna F.J., Gerstorf D., Zarit S.H. Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*. 2011. Vol. 47. No. 1. P. 9–18. DOI: 10.1037/a0021022
21. *International Labour Office. International Standard Classification of Occupations: ISCO 08*. Vol. I. Geneva: ILO, 2012. 433 p.
22. Kan Ch., Kawakami N., Karasawa M., et al. Psychological resources as mediators of the association between social class and health: Comparative findings from Japan and the USA. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2014. Vol. 21. Iss. 1. P. 53–65. DOI:10.1007/s12529-012-9249-y
23. Lachman M.E., Agrigoroaei S. Promoting functional health in midlife and old age: Long-term protective effects of control beliefs, social support, and physical exercise. *PLoS ONE*. 2010. Vol. 5. Iss. 10. DOI:10.1371/journal.pone.0013297
24. Lachman M.E., Weaver S.L. The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 74. Iss. 3. P. 763–773. DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.763
25. Lundgren O., Garvin P., Jonasson L., Andersson G., Kristenson M. Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2015. Vol. 22. Iss. 1. P. 77–84. DOI: 10.1007/s12529-014-9387-5
26. Mackenbach J.P. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science and Medicine*. 2012. Vol. 75. Iss. 4. P. 761–769. DOI:10.1016/j.socscimed.2012.02.031
27. Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J.R., et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358. No. 23. P. 2468–2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519
28. Marmot M.G. *The status syndrome. How social standing affects our health and longevity*. N.Y.: Henry Holt & Company, 2004. 336 p.
29. Marmot M.G., et al. Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health. *Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76. Iss. 3. P. 403–448. DOI: 10.1111/1468-0009.00097

30. Marmot M., Ryff C.D., Bumpass L.L., Shipley M., Marks N.F. Social inequalities in health: Next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*. 1997. Vol. 44. Iss. 6. P. 901–910. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00194-3
31. Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor S.E. 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*. 2010. Vol. 1186. Iss. 1. P. 146–173. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
32. Matthews K.A., Raikkonen K., Gallo L., Kuller L.H. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: Testing the reserve capacity model. *Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Iss. 5. P. 576–583. DOI: 10.1037/0278-6133.27.5.576
33. O'Donnell K., Brydon L., Wright C.E., Steptoe A. Self esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2008. Vol. 22. Iss. 8. P. 1241–1247. DOI: 10.1016/j.bbi.2008.06.012
34. Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 37. No. 3. P. 239–256. DOI:10.1007/s12160-009-9111-x
35. Robb K.A., Simon A.E., Wardle J. Socioeconomic disparities in optimism and pessimism. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 16. Iss. 4. P. 331–338. DOI 10.1007/s12529-008-9018-0
36. Rockwood N.J. *Advancing the Formulation and Testing of Multilevel Mediation and Moderated Mediation Models. A Thesis Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Arts in the Graduate School of The Ohio State University*, 2017. Accessed 29.05. 2018 URL: <<https://static1.squarespace.com/static/58d3d231893fc0bdd12db130/t/5935660659cc687cc79948c0/1496671777254/Rockwood-Thesis.pdf>>.
37. Rodin J. Timko C., Harris S. The construct of control: biological and psychosocial correlates. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*. 1985. Vol. 5. P. 3–55.
38. Roepke S.K., Grant I. Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health. *Health Psychology*. 2011. Vol. 30. Iss. 5. P. 615–632. DOI: 10.1037/a0023480
39. Ross C.E., Mirowsky J. Social structure and psychological functioning: Distress, perceived control and trust. *Handbook of social psychology*. Ed. by J. De Lamater. New York: Kluwer-Plenum Press, 2003. P. 411–450.
40. Schnittker J. Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: a critical appraisal of four common factors. *Social Biology*. 2004. Vol. 51. Iss. 1/2. P. 1–23. DOI: 10.1080/19485565.2004.9989080
41. Schönfeld P., Brailovskaia J., Bieda A., Zhang X.C., Margraf J. The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2016. Vol. 16. No. 1. P. 1–10. DOI: 10.1016/j.ijchp.2015.08.005
42. Seeman M., Lewis S. Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Social Science and Medicine*. 1995. Vol. 41. Iss. 4. P. 517–525.
43. Stamatakis K.A., Lynch J., Everson S.A., et al. Self-esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-based Study. *Annals of Epidemiology*. 2004. Vol. 14. Iss. 1. P. 58–65. DOI: 10.1016/S1047-2797(03)00078-4
44. Steptoe A., Tsuda A., Tanaka J., Wardle J. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 Countries. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2007. Vol. 14. Iss. 2. P. 97–107. DOI: 10.1007/BF03004175

45. Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al. Mastery is associated with cardiovascular disease mortality in men and women at apparently low risk. *Health Psychology*. 2010. Vol. 29. Iss. 4. P. 412–420. DOI: 10.1037/a0019432
46. Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R., et al. Mastery, sense of coherence, and mortality: evidence of independent associations from the EPIC-Norfolk Prospective Cohort Study. *Health Psychology*. 2006. Vol. 25. Iss. 1. P. 102–110. DOI: 10.1037/0278-6133.25.1.102
47. Takakura M., Sakihara S. Psychosocial correlates of depressive symptoms among Japanese high school students. *Journal of Adolescent Health*. 2001. Vol. 28. Iss. 1. P. 82–89. DOI: 10.1016/S1054-139X(00)00144-0
48. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*. 2000. Vol. 55. Iss. 1. P. 99–109. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.99
49. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES–health relationship. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. Iss. 1. P. 210–225. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x
50. Twenge J.M., Campbell W.K. Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*. 2002. Vol. 6. Iss. 1. P. 59–71. DOI: 10.1207/S15327957PSPR0601_3

Received: 29.06.2018.
