

Роль социального неравенства и психологических ресурсов личности в заболеваемости социально значимыми болезнями в России и странах Европы¹

Психологические ресурсы личности являются важным фактором поддержания здоровья. Обладание такими психологическими чертами, как осознание своей способности контролировать обстоятельства жизни, позитивное восприятие себя и вера в собственные силы, самоуважение, оптимистический взгляд в будущее, оказывают непосредственное позитивное воздействие на физическое и психологическое состояние человека, способствуют формированию здоровых стилей жизни, вооружают способностью преодолевать жизненные невзгоды и смягчают неблагоприятные последствия для здоровья стрессовых воздействий. Наличие таких психологических ресурсов и их резерва особенно важно для людей, страдающих социально значимыми хроническими заболеваниями, сопровождающимися физическими и функциональными ограничениями, нарушениями психологической и социальной адаптации. Однако, как свидетельствуют результаты множества исследований, в социально неблагополучных группах населения — малообразованных, занятых на наименее престижных и низкооплачиваемых работах, располагающих низкими доходами, наряду с высокими значениями рисков заболеваемости и преждевременной смертности от хронических болезней наблюдаются низкие показатели психологической резистентности, обусловленной дефицитом психологических ресурсов. Исследование взаимосвязей социального статуса и психологических ресурсов личности, оказывающих влияние на здоровье представителей разных социальных страт, позволило выделить два основных подхода. В рамках одного подхода психологические черты рассматриваются как производное от структурных условий, определяющих неравномерность их распределения в обществе. Предполагается, что дефицит психологических ресурсов, испытываемый представителями социально уязвимых слоев, способствует усугублению негативного влияния низкого социально-экономического статуса на здоровье и выступает в качестве одного из посреднических механизмов трансформации социально-экономических различий в неравенства в здоровье. В рамках другого подхода подчеркивается роль самого человека в изменении обстоятельств своей жизни, в том числе, и обусловленных неблагоприятными

воздействиями низкого социально-экономического статуса. В данном случае, внимание концентрируется не столько на различиях в выраженности психологических резервов индивидов, занимающих различные позиции в социально-экономической стратификации, сколько на их вариативности в пределах одного социального слоя. Эмпирические исследования подтверждают, что именно в среде социально уязвимых слоев населения, индивиды, характеризующиеся наличием большего резерва позитивных психологических свойств, демонстрируют существенно более хорошие показатели здоровья по сравнению с теми согражданами, которые этого резерва лишены. В литературе это явление обозначается как «буферный» эффект, способствующий уменьшению негативных последствий для здоровья низкого статуса, а, следовательно, и сокращению социально-структурных неравенств в здоровье.

В развитых странах Европы, где государственные гарантии позволяют представителям нижних социальных слоев сохранять самоуважение, уверенность в будущем и оптимизм, психологические ресурсы утрачивают роль посредника между социально-экономическим статусом и здоровьем и могут приводить к буферному сокращению структурных неравенств. В менее развитых странах Европы и в России, где государственные программы в здравоохранении и образовании не позволяют людям из нижних страт сохранять психологическую устойчивость, структурные различия в рисках хронических заболеваний и преждевременной смертности сохраняются.

Ключевые слова: социально значимые хронические заболевания, психологические ресурсы личности, социальное структурирование здоровья, посреднический эффект, буферный эффект.

doi:10.33491/telescope2019.5-604

Нина Русинова

заведующая сектором социологии здоровья,
к. экон. н., nrusinova@gmail.com

Сания Бояркина

старший научный сотрудник, доцент, к. соц. н.
s.boyardkina@socinst.ru

Социологический институт РАН — филиал
ФНИСЦ РАН Санкт-Петербург

Введение

В современных странах Европы и в России основными причинами заболеваемости и смертности населения являются социально значимые заболевания. В международной и российской практике к данной группе относят болезни разной этиологии — как неинфекционной, так и инфекционной². Эти заболевания при-

водят не только к ежегодному приросту показателей ухудшения здоровья и сокращению продолжительности жизни населения, но и к стойкой или длительной утрате трудоспособности, снижению индивидуального социально-экономического и психологического статуса. Наибольший вклад в международную статистику заболеваемости, инвалидизации и смертности населе-

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).

² Постановление правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих». В международной и российской практике к группе социально значимых заболеваний относят неинфекционные заболевания: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, злокачественные новообразования, сахарный диабет, психические расстройства и расстройства поведения; и инфекционные болезни: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), гепатит С, гепатит В, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

ния вносят неинфекционные социально значимые болезни: диабет, сердечно-сосудистые, онкологические и хронические респираторные заболевания, психические расстройства. Их доля в показателях заболеваемости составляет 77%, а в показателях смертности — 86% от всех причин смерти населения стран Европейского региона Всемирной Организации Здравоохранения³ (далее ВОЗ) в возрасте от 30 до 69 лет. Проблема инфекционной заболеваемости в большей степени актуальна для стран Восточной Европы: Хорватии, Словении, Словакии, Чехии, России, Украины. При этом 75% новых случаев заболевания вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) по европейскому региону ВОЗ, или 92% от всех случаев заболевания в Восточном регионе было зарегистрировано в 2017 году в Украине и России. В странах Восточного региона наблюдается и высокая заболеваемость устойчивыми формами туберкулеза и вирусными гепатитами [1]. В силу своей эпидемиологической специфики ВИЧ, туберкулез и вирусные гепатиты могут образовывать хроническую коинфекцию, требующую постоянного дорогостоящего лечения и с высокой степенью вероятности приводящую к смертельному исходу.

Несмотря на различия в этиологии этих заболеваний, все они могут приобретать хроническое течение и оказывать схожие воздействия на *социально-экономический* и *психологический* статус больных в силу необходимости длительного лечения и обращения за медицинской помощью.

Экономические проблемы, возникающие в результате заболевания хронической формой болезни оказываются значимыми не только для населения низко — и среднедоходных стран, но и для представителей социально неблагополучных групп в высокодоходных странах [2; 3]. Хронические заболевания сопряжены с огромными долгосрочными расходами семьи и/или государства на медицинскую помощь, оказывают дополнительное экономическое давление на бедное и уязвимое население, создают организационные и технологические проблемы для систем здравоохранения. И, наконец, они представляют собой растущую угрозу для экономического развития как в силу непосредственного воздействия на здоровье и здравоохранение, так и в силу косвенных издержек, связанных с формированием и последующим использованием долгосрочного человеческого капитала [4]. На индивидуальном уровне хронические болезни становятся одним из «статусов», присваиваемых индивиду и обуславливающих его положение в социальной структуре, [5] способны приводить к утрате занимаемой позиции в социально-экономической иерархии [6].

Социально-психологические проблемы, появляющиеся на фоне хронических болезней, как свидетельствуют результаты исследований, проведенных в России и Европе, тесно взаимосвязаны с частотой их обострения (повторение психотравмирующих воздействий астенизирует нервную систему, которая становится более чувствительной к внешним воздействиям и интерцептивным сигналам), [7, с.37] выраженностью болевого синдрома [8], провоцируя повышенный уровень тревожности, [9;10] депрессии [11], ипохондрической настроенности [12]. Продолжительная болезнь становится источником хронического стресса и жизненной проблемой, требующей мобилизации всех имеющихся в распоряжении человека ресурсов, и что принципиально важно, — его психологической готовности и способности совладать с ней. Между тем, как свидетельст-

вуют исследования, ограничения, связанные с необходимостью лечиться и избегать ситуаций, ведущих к эмоциональному напряжению, снижением физической и социальной активности, приводят к истощению индивидуальных запасов психологических ресурсов, являющихся важным фактором поддержания здоровья человека, смягчающим неблагоприятные физиологические последствия стресса и способствующим здоровому поведению [13 — 17].

Как свидетельствует теория и подтверждается результатами множества исследований, риски заболевания и преждевременной смертности, так же, как и других проявлений нездоровья, социально структурированы, достигая наиболее высоких значений в социально неблагополучных группах населения — малообразованных, занятых на наименее престижных и низкооплачиваемых работах, располагающих низкими доходами. Люди, занимающие невысокие позиции в социальной иерархии, обладают ограниченным доступом к медицинской помощи, худшими условиями проживания, меньшими возможностями контроля собственной жизни, чаще сталкиваются с серьезными жизненными проблемами, в большей мере подвергаются воздействию хронических стрессоров, способных, в свою очередь, провоцировать распространение деструктивных в отношении здоровья поведенческих практик, в том числе, злоупотребление алкоголем и курением [18;19]. Социально-экономический статус, формируя различия в доступе социально-статусных групп населения к жизненно важным ресурсам здоровья, является фундаментальной причиной неравномерного распределения в обществе рисков заболеваемости и преждевременной смертности [20]. Безусловно, это не означает, что представители привилегированных групп застрахованы от возникновения серьезных, в том числе, угрожающих жизни заболеваний, однако, как свидетельствуют исследования, представители высоко-статусных групп, обладая большими материальными и нематериальными ресурсами для поддержания здоровья по сравнению с теми своими согражданами, которые располагаются ниже по социальной лестнице, справляются с ситуацией болезни успешнее, быстрее выздоравливают, имеют меньшую вероятность смертельного исхода.

Тяжесть социально-экономических и психологических последствий хронических социально значимых заболеваний и для индивида, и для общества в целом, предопределяют актуальность изучения социальных детерминант их распространения. Одним из перспективных аналитических направлений исследования этой проблематики становится изучение той роли, которую играют персональные психологические ресурсы личности в предупреждении, развитии и лечении хронических заболеваний — как неинфекционной, так и инфекционной этиологии, в условиях социального неравенства.

Теоретические модели взаимосвязи между социально-экономическим статусом, психологическими ресурсами личности и здоровьем

На протяжении XX столетия объяснение взаимосвязи между социально-экономическим статусом и здоровьем происходило преимущественно в рамках депривационной модели, в которой бедность рассматривалась как основная детерминанта здоровья. Этот подход, предполагавший изучение факторов экономического (не)благополучия, условий жизни, питания, окру-

³ Россия относится к Европейскому региону ВОЗ

жающей среды и доступа к медицинской помощи, доминировал в исследовании неравенств в здоровье примерно до конца 1990-х годов [21].

В конце XX века появились работы, обратившие внимание на то, что социально-структурные различия в здоровье сохранялись даже в том случае, когда учитывались многие важные проксимальные факторы риска заболеваний и когда обеспечивался равный доступ к медицинским услугам [22]. Были получены убедительные доказательства того, что менее образованные индивиды, занятые на менее статусных рабочих местах и получающие меньшим доходом испытывают больший риск плохого здоровья по сравнению с теми, кто занимает более привилегированные социально-экономические позиции. Эти связи прослеживались по всему спектру состояний — от относительно незначительных недомоганий до серьезных и угрожающих жизни заболеваний и ранней смертности, отчетливо проявляясь не только в связи с бедностью, но скорее, как монотонная или пошаговая функциональная связь [23; 24].

Это явление, характеризующееся постепенным ухудшением здоровья на каждой более низкой ступени социальной иерархии, получило название «социального градиента», а его обнаружение в корне поменяло направление исследований в этой области, особенно в понимании того, какие механизмы могут лежать в основе этой закономерности. Открытие градиентного характера связи между социально-экономическим статусом и здоровьем, безусловно, не означало, что такие факторы как образ жизни, материальные условия жизни и доступ к медицинской помощи не связаны со здоровьем, а плохое здоровье низкодоходных групп — с дефицитом материальных благ. Однако понимание того, что различия в заболеваемости и смертности наблюдаются по всему социально-экономическому континууму, а не только среди представителей депривированных групп, привело к необходимости поиска факторов, не являющихся частью депривационной модели и оказывающих воздействие во всех социальных стратах. Было выдвинуто и позже доказано предположение, согласно которому классовый градиент в здоровье, заболеваемости и смертности может объясняться не столько различиями в абсолютных уровнях материальной обеспеченности, сколько психосоциальными факторами, лежащими в основе восприятия относительно положения в социальной иерархии — большей подверженностью низко-статусных групп кумулятивным неблагоприятным воздействиям хронического стресса и ограниченностью имеющихся в их распоряжении запасов личностных (как и социальных) ресурсов, которые могли бы помочь снизить его негативное психологическое и биологическое влияние [23 — 27].

В большинстве концептуальных моделей рассматриваются два возможных психологических механизма трансформации социально-экономической стратификации в неравенства в здоровье. Первый — механизм психологической депривации, фокусирующий внимание на неодинаковой подверженности людей стрессовым воздействиям, депрессии, негативным эмоциям — тревожности, враждебности, злобе, усиливающимся с понижением социально-экономического статуса; [28] и второй — механизм психологической адаптации, подчеркивающий позитивную роль психологических ресурсов личности, помогающих человеку справляться с трудностями жизни и способных служить защитой от стрессовых воздействий, однако неравномерно распределенных по ступеням социальной лестницы. Снижение статуса сопровождается ростом дефицита

таких ресурсов — повышением вероятности того, что человек потеряет уверенность в возможности изменения жизни к лучшему, в своей способности контролировать происходящее, в своих силах, в своем «я» [29].

Стресс и сопутствующий психологический дистресс. Ряд исследователей исходят из того, что испытываемый стресс и вызываемые им негативные эмоции могут снижать индивидуальные способности к адаптации, негативно сказываясь на работе различных систем организма, приводя сначала к субклиническим формам заболеваний, а, в конечном счете, к самим заболеваниям [23; 30 — 31]. И действительно, как свидетельствует литература, такие факторы как психологический дистресс, сопровождающийся переживанием неблагоприятных психофизиологических состояний — проявлением тревожности, симптомов депрессии, враждебности и злобы, обнаруживают отчетливые связи с показателями заболеваемости и смертности, в том числе, от хронической сердечно-сосудистой патологии [31; 32]. Значимая роль в развитии этого класса заболеваний отводится также и характеристикам организационной среды — таким факторам, обусловленным спецификой трудовой деятельности, как завышенные требования на работе, низкий уровень автономии, недостаточный уровень контроля над ситуацией, выраженный дисбаланс между прилагаемыми усилиями и вознаграждением, межличностные конфликты в трудовом коллективе. Так, было выявлено, что организационная среда может становиться источником хронического стресса, который, в свою очередь, способен приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний и внезапной смерти от них [33]. Было, например, показано, что неблагоприятные психосоциальные параметры рабочей среды (наряду с уровнем воспринимаемого стресса, проявлениями тревожности и депрессии) оказывали существенное влияние на развитие ишемической болезни сердца [34]. Как свидетельствуют другие исследования, стрессовые факторы влияют и на развитие диабета, [35] а также злокачественных новообразований, [36] хотя в отношении последних отмечается, что эта связь менее выражена, чем в случае с сердечно-сосудистыми заболеваниями [37]. Подтверждено также и то, что стрессы могут приводить к развитию инфекционных заболеваний, воздействуя на организм на биологическом уровне и снижая его сопротивляемость к патогенным воздействиям (т.е., оказывая иммуномодулирующее действие) [38].

Таким образом, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что факторы стресса и дистресса играют заметную роль в возникновении и развитии целого ряда хронических заболеваний. Кроме того, они могут отчасти служить объяснением социально-структурных неравенств в распространенности этих видов патологий [37; 39]. Как подтверждено исследованиями, низкому социально-экономическому статусу соответствует большее количество негативных событий жизни и более высокие стрессовые нагрузки [40; 41], установлено также, что с понижением социально-экономического статуса повышается вероятность развития дистресса, проявлений тревожности, симптомов депрессии, враждебности и злобы [28]. Все это косвенным образом указывает на возможность выполнения факторами стресса и дистресса медиативных функций во влиянии социально-экономического статуса на здоровье, заболеваемость и смертность. Однако немногочисленные попытки эмпирического подтверждения собственно посреднической роли стресса приводят к неоднозначным результатам, одни из которых подтверждают ме-

диацию социальных неравенств в здоровье через стресс, а другие ее не обнаруживают. Анализ посредничества роли негативных эмоций, включая тревогу и депрессию, также не дает убедительного подтверждения предположения о психологической медиации неравенств в здоровье [29; 42]. Неоднозначность результатов при изучении посредничества стресса и дистресса, как считают аналитики, может объясняться методологическими причинами, а именно, сложностью операционализации и измерения различных аспектов стрессовых воздействий [42]. 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. Гораздо большие надежды в прояснении психологических механизмов связи социально-экономического статуса и здоровья связываются с теми личностными диспозициями (так же, как и социальными ресурсами, доступ к которым человек получает благодаря вовлеченности в систему отношений с другими людьми, доверия им и уверенности в их поддержке), которые помогают индивидам в противодействии стрессовым воздействиям и смягчении их негативных последствий для здоровья.

Психологические ресурсы личности. В рамках ресурсно-ориентированного подхода особое внимание уделялось изучению тех психологических ресурсов, использование которых возможно в максимально широком спектре ситуаций [43].

Обобщенное чувство контроля, или предполагаемое отсутствие внешних ограничений, создаваемых влиятельными другими или шансом, чаще всего концептуализируется в понятиях внутреннего локуса контроля, [44] компетентности [45] и уверенности в эффективности предпринимаемых усилий [46]. Предполагается, что те, кто высоко оценивает себя по этим позициям, более склонны осознавать свою способность успешно влиять на обстоятельства жизни и добиваться поставленных целей.

Позитивная оценка себя — еще одна психологическая черта, имеющая отношение к восприятию человеком его собственной ценности или значения [45; 47]. Как было выяснено, обладание такими актуальными для жизни и здоровья психологическими свойствами, как вера в собственные силы и признание значимости своего «я», смягчают воздействия внешних стрессоров [15] и заставляют людей воспринимать свою жизнь как достойную того, чтобы предпринимать усилия по поддержанию своего здоровья [48].

Оптимизм — или обобщенные ожидания того, что в жизни будут происходить скорее хорошие, нежели плохие события, описывает отношение человека к внешнему миру и надежду на успех, играя одновременно важную роль в целенаправленном поведении [49; 50]. Как отмечается в психологической литературе, позитивное восприятие жизненных перспектив, так же, как и убежденность в своей способности контролировать обстоятельства своей жизни и вера в себя/свои силы, связана с осознанием человеком собственной полезности, [51] что позволяет предположить, что при всей концептуальной разграниченности, эти психологические конструкты могут являться компонентами некоего общего базового свойства, отражающего склонность индивида видеть стрессовые ситуации в более благоприятном свете и осознавать свои способности пережить невзгоды [52 — 54].

Изучение психологических ресурсов и их роли в совладании со стрессовыми воздействиями сопровождалось возникновением многокомпонентных теорий, предполагающих одновременное вовлечение в адаптационный механизм ряда ключевых ресурсов. К числу наиболее известных и используемых в эмпирических исследованиях концептов, относят теорию американско-израильского социолога медицины Аарона Антоновского. Предложенная им еще в конце 70-х гг., концепция салютогенеза, содержала попытку ответа на вопрос, как люди могут оставаться соматически и психологически здоровыми, несмотря на воздействие стрессовых факторов. А. Антоновский высказал предположение, впоследствии обосновав его эмпирически, согласно которому, эффекты стресса для здоровья зависят не столько от характеристик самого стрессового воздействия — его интенсивности и продолжительности, сколько от индивидуальных способов реагирования на него, [55] обусловленных, в свою очередь, наличием индивидуальных психологических черт/свойств, способных компенсировать негативные последствия стрессовых воздействий и оказывать положительное влияние на здоровье. Наиболее важным личностным психологическим ресурсом, позволяющим человеку противостоять угрожающим здоровью и благополучию ситуациям, А. Антоновский считал чувство когерентности (связности), — убежденности индивида в предсказуемости, рациональности и осмысленности мира и своего положения в нем [56]. Предполагалось, что в ситуации стресса человек с низким чувством когерентности скорее склонен оценивать обстоятельства как угрожающие, испытывать большее напряжение, действовать непродуктивно или вовсе отказаться от решения проблемы.

Еще одна многокомпонентная модель психологических ресурсов, разработанная примерно в это же время в рамках психологической науки, предложила в качестве ключевого концепта понятие личностной жизнестойкости (*hardiness*), измеряемое по трем составляющим: (а) чувство личного контроля над превратностями жизни, (б) восприятие стрессоров скорее, как проблемы, нежели угрозы, и (с) осознание человеком приверженности своим жизненным целям [57; 58]. Как отмечается в литературе, обе эти теории — и когерентности, и жизнестойкости, обладая значительной эвристической ценностью, спровоцировали разработку ряда новых интегративных подходов к осмыслению роли психологических ресурсов в адаптации индивида к стрессовым воздействиям.

Эти интегративные модели исходят из предположения, согласно которому, отдельные психологические диспозиции, несмотря на то, что они концептуально и эмпирически различаются, будучи тесно связанными между собой, образуют общую ось психологических свойств, которые, во-первых, служат основным фактором адаптации индивида к стрессовым воздействиям; и, во-вторых, — способны аккумулироваться в течение жизни, формируя психологический резерв, используемый индивидом по мере необходимости для решения жизненных проблем. В числе таких интегративных моделей резервного потенциала, значимого для сохранения здоровья в условиях социального неравенства, наибольшую известность получила модель резервного потенциала Gallo, L. C., Matthews, K. A., обосновывающая принципиальную роль в формировании неравенств в здоровье персональных социально-психологических ресурсов как совокупности межличностных и собственно личностных свойств/качеств,

обеспечивающих человека способностью противостоять стрессам и трудностям жизни. В числе этих личностных черт (резервного потенциала), наряду с индивидуальными запасами социального капитала — возможностями получения эмоциональной и инструментальной поддержки со стороны других людей, психологически комфортной атмосферой доверия и взаимопонимания — рассматриваются и такие позитивные психологические черты и личностные характеристики, которые также могут служить защитой человека от стрессовой среды и негативных эмоциональных реакций, которые она вызывает, благодаря его уверенности в себе, оптимистическому взгляду в будущее, способности контролировать происходящее и интересу к жизни. В рамках этой модели теоретически обосновывалось, что индивиды, занимающие более низкие позиции в социально-статусной иерархии, имеют меньше таких ресурсов (т.е., меньший резервный потенциал), включая более низкую самооценку, пониженный осознаваемый контроль, и меньшее количество позитивных персональных характеристик по сравнению с теми, кто имеет более высокий социально-экономический статус [29]. В модели предполагается также, что дефицит психосоциальных ресурсов, оказывая негативное воздействие на эмоциональную реактивность в восприятии стресса, может приводить к нездоровому поведению и неблагоприятным последствиям в функционировании иммунных и других биологических механизмов, вызывающих в свою очередь ухудшение состояния здоровья. [28; 59]. Таким образом, неслучайное распределение разнообразных психологических состояний между общественными слоями, их эффективность в смягчении стрессовых воздействий и способность вызывать заметные эффекты для здоровья, обосновывает возможность рассмотрения психологических ресурсов личности в качестве посредника/медиатора во взаимосвязи между социально-экономическим статусом и здоровьем.

Высказываются, однако, и иные теоретические соображения о характере влияния психологических резервов личности на распределение здоровья по уровням социальной иерархии, в соответствии с которыми, психологические факторы могут не только опосредовать отношения социального статуса со здоровьем, но и выступать «модератором» этих отношений. Предполагается, в частности, что их позитивное влияние на здоровье в большей мере должно проявляться в низко-статусных слоях, поскольку психологические резервы (наряду с индивидуальными запасами социального капитала), приобретают особую значимость для здоровья в условиях ограниченности прочих ресурсов.

Значение психологических ресурсов личности для неравенств в здоровье и социально-значимых болезнях: обзор эмпирических исследований

Связь психологических ресурсов со здоровьем неоднократно подтверждалась результатами эмпирических исследований как в отношении смертности и заболеваемости в целом, [60] так и развития (протекания) сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, диабета, респираторных заболеваний, психических расстройств, ВИЧ [61–65]. Так, согласно полученным в эмпирических исследованиях фактам, убежденность человека в своей способности контролировать обстоятельства жизни благоприятно сказывается на показателях физического здоровья, [66; 67] психического равновесия, [68] на сроках восстановления после болезни, [69 — 71] а также ведет к снижению рисков смертно-

сти, [72] в том числе и от сердечно-сосудистых заболеваний [73]. В других исследованиях было установлено, что снижению рисков сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, преждевременной смертности способствует также вера человека в собственные силы и признание значимости своего «я» [74 — 76]. Подтверждена также важная роль для физического и психического благополучия человека еще одного психологического свойства — оптимистического восприятия будущего [77].

Как свидетельствуют исследования, все эти психологические диспозиции характерны скорее для представителей более высоких социальных позиций, тогда как при низком статусе встречаются заметно реже. Это касается как осознания человеком своей способности контролировать обстоятельства жизни [78 — 80], так и веры в собственные силы и признания значимости своего «я» [81; 82]. Те, кто обладает социально-экономическими преимуществами в обществе, скорее характеризуются и склонностью к позитивному восприятию будущего, в отличие от людей, занимающих менее привилегированные позиции [28; 83].

Все эти исследования косвенным образом свидетельствуют о посредническом эффекте психологических ресурсов, но есть и отдельные работы, напрямую подтверждающие существование медиации между статусом и здоровьем через такие психологические свойства, как самоуважение [84], чувство контроля над происходящим [78; 84; 85] или оптимизм [84; 86; 87]. Так, например, в лонгитюдном исследовании, выполненном в Нидерландах, учет вариаций в общих представлениях о контроле сокращал социально-экономические различия в смертности на 37–57% [78]. В другом было показано, что, по крайней мере, среди пожилых голландцев, общие представления о контроле вносили существенный вклад в объяснение связи между социально-экономическим статусом и распространенностью ишемической болезни сердца, статистический контроль этих факторов сокращал избыточный риск заболевания для низкого статуса почти на 30% [85]. Подтверждением значимости представлений о контроле в качестве важного посреднического механизма, с помощью которого низкое социальное положение увеличивает уязвимость к проблемам со здоровьем, могут служить и результаты еще одного лонгитюдного исследования, показавшего, что учет переменной «уверенность в собственной компетентности» отчасти объяснял связь между доходными и образовательными неравенствами с одной стороны, и распространенностью ряда хронических заболеваний, с другой [84].

Встречаются также и отдельные работы, которые, следуя модели резервного потенциала, в качестве возможного посредника между социально-экономическим статусом и здоровьем использовали переменную, отражающую совокупность различных психосоциальных ресурсов. Однако, если при изучении рисков развития метаболического синдрома — комплексного нарушения обмена веществ, приводящего к ряду смертельно опасных заболеваний, — выявлялись посреднические эффекты, (хотя и слабые), психологического ресурса, комбинированного оптимизма, чувство контроля и осознание собственной значимости [87; 88], в изучении рисков распространенности вирусной инфекции, подтверждений посреднической роли резервного потенциала получено не было [89].

Теоретические предположения, согласно которым, психологический резервный потенциал способен выступать «модератором» во взаимоотношениях между

социально-экономическим статусом и здоровьем, также получают подтверждения в эмпирическом анализе. Еще в конце 1990-х гг. — в одном из первых исследований, посвященных этому вопросу, [79] было установлено, что способность контролировать обстоятельства жизни благотворно сказывается на здоровье представителей любой из доходных категорий, однако в уязвимых слоях влияние было выражено с большей отчетливостью, чем в вышележащих стратах. Психологические ресурсы, как отмечалось в выводах этого исследования, служат буфером, уменьшая негативные последствия для здоровья низкого статуса. Тем не менее, до недавнего времени существование такого модулирующего (буферного) эффекта оставалось под вопросом из-за недостаточности эмпирических обоснований [29].

В последние годы были получены результаты, в значительной мере устраняющие такие сомнения. Преобладающая их часть выявлена в исследованиях, проводившихся в США (проект MIDUS — Midlife Development in the United States). Так, важность способности к контролю жизненных обстоятельств в качестве защитного механизма против социально-экономического неблагополучия подтвердилась при лонгитюдном анализе долговременных разрушительных последствий низкого статуса для физического и психического самочувствия [90]. Согласно еще одному исследованию, уверенность человека в способности контролировать жизнь снижает риски смертности при низком, но не при высоком социально-экономическом положении [91]. В другой работе, также использовавшей лонгитюдные данные проекта MIDUS, было показано, что «психологическое благополучие» (самопринятие, позитивные отношения с другими, автономность, компетентность, цели в жизни, ориентация на личностный рост) способствует улучшению самочувствия людей в течение десятилетнего периода, причем особенно заметным такой эффект был у малообразованных респондентов по сравнению с теми, кто получил хорошее образование [14]. Исследование, выполненное в Германии (данные DEAS — German Ageing Survey), показывает, что высокая самооценка, контроль жизни и оптимизм положительно отражаются на здоровье во всех образовательных и доходных группах, кроме того, они сильнее воздействовали на функциональное и субъективное здоровье малообразованных по сравнению с теми, кто имеет более высокий уровень образования [92]. В определенной мере можно говорить о психологическом буферном эффекте и при рассмотрении таких характеристик человека, как «гибкость в преодолении стресса» (copingflexibility), выявленной при анализе небольшой группы индийцев, [93] а также — «адаптации к жизненным обстоятельствам с сохранением надежды на перемены к лучшему» («shiftandpersist» model) [94]. Высказывались также соображения, что психологические ресурсы могут улучшать здоровье у представителей высокостатусных групп, способствуя — при несильном внешнем давлении — проявлению индивидуальных различий, тогда как при низком общественном положении эти различия остаются скрытыми вследствие преобладающей роли неблагоприятных внешних обстоятельств, но эмпирический анализ это предположение не подтверждает, подкрепляя изложенную ранее трактовку буферного эффекта [91].

Таким образом, обзор эмпирических исследований свидетельствует, что психологические ресурсы являются важным фактором поддержания здоровья. Они отчасти объясняют неодинаковое его состояние на раз-

ных уровнях социальной стратификации, выступая посредником между социально-экономическим статусом и здоровьем. Кроме того, есть убедительные, хотя и немногочисленные, подтверждения предположения о буферном воздействии этих ресурсов, согласно которому резервный психологический потенциал особенно важен для поддержания здоровья в низко-статусных слоях.

Заключение

Личностные психологические ресурсы, как свидетельствует множество исследований, являются важнейшим фактором здоровья. Обладание такими психологическими чертами, как осознание своей способности контролировать обстоятельства жизни, позитивное восприятие себя и вера в собственные силы, самоуважение, оптимистический взгляд в будущее, оказывают непосредственное позитивное воздействие на физическое и психологическое состояние человека, способствуют формированию здоровых стилей жизни, вооружают способностью преодолевать жизненные невзгоды и смягчают неблагоприятные последствия для здоровья стрессовых воздействий.

Однако, как утверждает теория и подтверждается эмпирическими исследованиями, такой психологический ресурсный потенциал распределен в обществе неслучайным образом, в большей мере являясь характеристикой социальных групп, занимающих относительно высокие позиции в социальной иерархии, и имея тенденцию сокращаться по мере перехода на низшие ступени социальной лестницы. То есть, люди с высокими уровнями образования, дохода и занимаемой позиции в профессионально-статусной иерархии, имеют больше возможностей контролировать свою жизнь, убеждаться в эффективности предпринимаемых усилий и в значимости своего «я». Это дает им больше оснований с оптимизмом смотреть в будущее и увереннее справляться с жизненными трудностями по сравнению с теми согражданами, которые занимают более низкое социальное положение, испытывают дефицит жизненно важных для здоровья материальных и нематериальных ресурсов и сталкиваются в своей жизни с большим количеством угрожающих здоровью проблем, требующих расходования психологических резервов, трудно возобновляемых в условиях стрессогенной среды.

Признание связи личности с социальной структурой обуславливает развитие одного из актуальных аналитических направлений исследований, посвященных дальнейшему изучению роли психологических ресурсов в поддержании здоровья, предотвращении рисков хронических заболеваний и снижении вызываемого ими ущерба для здорового долголетия в условиях социального неравенства.

Характер влияния психологических диспозиций личности на здоровье во взаимосвязи с социально-экономической стратификацией до сих пор дебатруется. В рамках одного подхода психологические черты рассматриваются преимущественно как производные от структурных условий, определяющих неравномерность их распределения в обществе. Предполагается, что, дефицит психологических ресурсов, испытываемый представителями социально уязвимых слоев, способствуя усугублению негативного влияния низкого социально-экономического статуса на здоровье, выступает в качестве одного из посреднических механизмов трансформации социально-экономических различий в неравенства в здоровье. Согласно этому подходу, жест-

кие ограничения внешней среды, соответствующие низкому социально-экономическому положению людей, оставляют им мало шансов контролировать свою жизнь и осуществлять меры по поддержанию здоровья, опираясь на свой, тоже ограниченный, личностный потенциал.

В рамках другого подхода подчеркивается важная роль самого человека в изменении обстоятельств своей жизни, в том числе, и в неблагоприятных условиях низкого социально-экономического статуса. В данном случае, внимание концентрируется не на отмечаемых различиях в выраженности психологических резервов индивидов, занимающих различные позиции в социально-экономической стратификации, а на их вариативности в пределах одного социального слоя. Высказывается предположение, что именно в среде социально уязвимых слоев населения, индивиды, характеризующиеся наличием позитивных психологических свойств, способны добиваться существенно более хороших показателей здоровья по сравнению с теми собратьями по социальной группе, которые их лишены. Такое более выраженное влияние психологических ресурсов личности на физическое и психическое самочувствие представителей низко-статусных групп объясняется их большей значимостью для здоровья в условиях нехватки других ресурсов и обозначается в литературе как «буферный» эффект, способствующий уменьшению негативных последствий для здоровья низкого статуса, а, следовательно, и сокращению социально-структурных неравенств в здоровье.

Как показывает обзор релевантной литературы, в эмпирических исследованиях, хотя и немногочисленных, получены доказательства как посреднической, так и буферной функций личностных психологических ресурсов. Между тем, оснований для окончательных выводов пока не достаточно: эмпирическая база исследований остается ограниченной, имеющиеся результаты

трудно сопоставимы из-за различий в обследуемом населении, показателях здоровья, используемых маркерах социально-статусной позиции и психологических свойств. Кроме того, учитывая то, что такие исследования, в основном, проводились в отдельных, преимущественно развитых западных странах, высказываются соображения, согласно которым проявления таких эффектов могут быть связаны с их контекстуальной обусловленностью.

Первые попытки проверки этого предположения в сравнительном анализе значительного числа европейских стран показывают, что оно не лишено оснований. Так, в соответствии с результатами недавних исследований [95; 96], в экономически преуспевающих странах распределение психологических ресурсов слабо связано с социальной структурой. Развитое социальное государство, предоставляющее государственную поддержку систем здравоохранения и образования и обеспечивающее безопасность жизни и труда, создает условия для относительно благополучного существования нижних общественных страт, позволяя им представителям сохранять самоуважение, уверенность в будущем и оптимизм. Таким образом, психологический личностный потенциал в этих обществах утрачивает роль посредника между социально-экономическим статусом и здоровьем и, что более вероятно, приводит к буферному сокращению структурных неравенств.

В менее развитых странах Европы и в России, где относительно многочисленным нижним слоям общества не приходится рассчитывать на серьезную помощь со стороны государства, тяготы жизни и сопровождающие их стрессы ведут к потере людьми веры в себя и в возможность лучшего будущего, что усиливает неблагоприятное воздействие на здоровье низкого социального положения, а, значит, способствует сохранению структурных различий в рисках хронических заболеваний и преждевременной смертности.

The role of social inequality and individual psychological resources in the incidence of socially significant diseases in Russia and Europe

Nina L. Rusinova

Head of the Sociology of health department,
Candidate of Economic Sciences
The Sociological Institute of FCTAS RAS,
St. Petersburg, Russian Federation
7-ya Krasnoarmeyskaya str. 25/14, St. Petersburg,
190005, Russian Federation
nrusinova@gmail.com

Saniya I. Boyarkina

Senior Research Fellow, Associate professor,
Candidate of Science in Sociology
The Sociological Institute of FCTAS RAS,
St. Petersburg, Russian Federation
7-ya Krasnoarmeyskaya str. 25/14, St. Petersburg,
190005, Russian Federation
s.boyarkina@socinst.ru

Abstract. Psychological resources of the individual are an important factor of keeping health. Having such psychological features as awareness of their ability to control the life circumstances, a positive perception of themselves and belief in their own strength, self-esteem, optimistic view in the future, have a direct positive impact on the physical and psychological state of a person, promote healthy lifestyles, equip with the ability to cope struggles and reduce stress influence to health. The availability of such psychological resources and their reserve is especially important for people suffering from socially significant chronic diseases accompanied by physical and functional limitations, violations of psychological and social adaptation. However, according to numerous studies, in socially disadvantaged groups of the population - poorly educated, employed in the least prestigious and low-paid jobs with low incomes, together with high risks of morbidity and

premature mortality from chronic diseases, there are low rates of psychological resistance due to a shortage of psychological resources. The study of the relationship between social status and individual psychological resources, which affect the health of different social strata's representatives, allowed us to identify two main approaches. Within the framework of one approach, psychological features are considered to be a product of the structural conditions that determine the inequalities of their distribution in society. The deficit of psychological resources that experienced by representatives of socially vulnerable groups is considered to be contributing the negative impact of low socio-economic status on health and acts as one of the mediating mechanism for the transformation of socio-economic differences into inequalities in health. Another approach emphasizes the role of the person in changing the life circumstances, including those of them that are caused by the adverse effects of low socio-economic status. In this case, attention is focused not so much on the differences in the psychological reserves of individuals who occupy different positions in the socio-economic stratification, as on their variability within one social level. Empirical studies confirm that especially among the socially disadvantaged groups, individuals characterized by greater reserve of positive psychological properties, demonstrate significantly better health compared to those fellow citizens who are deprived of this reserve. In the literature, this phenomenon designates as a "buffer" effect, contributing to the reduction of negative health consequences of low status, and, consequently, to the reduction of socio-structural inequalities in health.

In developed European countries, where government guarantees allow lower social strata to maintain self-esteem, confidence in the future and optimism, psychological resources lose their role as a mediator between socio-economic status and health and can lead to a buffer reduction of structural inequalities. In the less developed countries of Europe and in Russia, where public health and education programs do not allow people from the lower strata to maintain psychological stability, structural differences in the risks of chronic diseases and premature mortality persist.

Key words: socially significant chronic diseases, personal psychological resources, social structuring of health, mediating effect, buffer effect

doi:10.33491/telescope2019.5-604

References

- HIV/AIDS surveillance in Europe 2018-2017 data. WHO.
- Cockerham W.C., Hamby B.W., Oates G.R. The Social Determinants of Chronic Disease//*American Journal of Preventive Medicine*. 2017. Vol. 52. Issue 1. Supplement 1. S.5-S12. DOI: 10.1016/j.amepre.2016.09.010
- Oni T., Unwin N. Why the communicable/non-communicable disease dichotomy is problematic for public health control strategies: implications of multimorbidity for health systems in an era of health transition//*International Health*. 2015. Vol. 7. Issue 6. P.390-399. DOI: 10.1093/inthealth/ihv040
- Mayer-Foulkes D., Villouta C.P. Economic Development and Non-Communicable Chronic Diseases Centro de Investigaci?n y Docencia Econ?micas. 2012. DOI: 10.1515/1524-5861.1889
- Scaratti, C. et al. Mapping European welfare models: State of the art of strategies for professional integration and reintegration of persons with chronic diseases//*International journal of environmental research and public health*. 2018. Vol. 15. Issue 4:781. doi: 10.3390/ijerph15040781.
- Swendeman D., Ingram B.L., Rotheram-Borus M.J. Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework//*AIDS Care. Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*. Vol. 21. 2009. Issue 10. P.1321-1334. DOI: 10.1080/09540120902803158
- Litvinova, N. Yu. Psychological resources of coping behavior in human life: monograph / N. Yu. Litvinova; Vladim. State University. A. G. and N. G. Stoletov. -- Vladimir: Volga Publishing house, 2015. 88 PP. (In Russian)
- Vartiainen P., Heiskanen T., Sintonen H. et al. Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument//*Pain*. 2016. Vol. 157. Issue 10. P.2269-2276. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000641
- Phan T., Carter O., Adams C. et al. Discriminant validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale, Beck Depression Inventory (II) and Beck Anxiety Inventory to confirmed clinical diagnosis of depression and anxiety in patients with chronic obstructive pulmonary disease//*Chronic Respiratory Disease* 2016. Vol. 13. Issue 3. P.220-228. DOI: 10.1177/1479972316634604
- Bereznyak Yu. S., Seleznev S. B. Clinical and psychological features of patients with coronary heart disease//*Siberian medical journal*. 2017. No. 1. (In Russian)
- Williamson T., Stanton A. et al. Metastatic breast cancer collateral damage project: Associations of disease-specific concerns and experiences with psychological health, illness management, and health behaviors//*Breast cancer research and Treatment*. 2018. Vol. 78 (4 Suppl). Abstract P6-12-07. DOI: 10.1158/1538-7445.SABCS17-P6-12-07
- Rupperecht-Schampera U. Hypochondria as a self-destructive attack on the subject's vitality//*The International Journal of Psychoanalysis*. 2018. Vol. 99. Issue 1. P.140-158. DOI: 10.1080/00207578.2017.1398590
- Seeman M., Seeman T. E. Health behavior and personal autonomy: A longitudinal study of the sense of control in illness//*Journal of Health and Social Behavior*. 1983. Issue 24. P.144-160. doi:10.2307/2136641
- Ryff C.D., Radler B.T., Friedman E.M. Persistent psychological well-being predicts improved self-rated health over 9-10 years: Longitudinal evidence from MIDUS//*Health Psychology Open*. 2015. Vol. 1. Issue 2. DOI: 10.1177/2055102915601582
- O'Donnell K., Brydon L. et al. Self-esteem levels and cardiovascular and inflammatory responses to acute stress//*Brain, Behavior and Immunity*. 2008. Issue 22. P.1241-1247. doi: 10.1016/j.bbi.2008.06.012.
- Steptoe A., Wright C et al. Dispositional optimism and health behavior in community-dwelling older people: Associations with healthy ageing//*British Journal of Health Psychology*. 2006. Issue 11. P.71-84. DOI: 10.1348/135910705X42850
- Yazykova T. A., Ayvazyan T. A., Zaitsev V. P. Factors that influent the level of psychological reserves in patients suffering from chronic somatic diseases//*Questions of balneology. Physical therapy and therapeutic physical culture*. 2011. №4. P.11-15 (In Russian)
- Cutler D., Deaton A., Lleras-Muney A. The determinants of mortality//*Journal of economic perspectives*. 2006. Vol. 20. №. 3. P.97-120. DOI: 10.1257/jep.20.3.97
- Pruss-Ustun A. et al. Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks. 2016. 147p. DOI: 10.1016/j.toxlet.2016.07.028
- Link B. G., Phelan J. Social conditions as fundamental causes of disease//*Journal of Health and Social Behavior*. 1995. Vol. 51. Extra Issue. P.80-94. doi: 10.2307/2626958
- Preston S.H., Taubman P. Socioeconomic Differences in Adult Mortality and Health Status. *Demography of Aging*. 1994. P.279-318
- Marmot M. Perspective: Acting On The Evidence To Reduce Inequalities In Health: A member of the Scientific Advisory Group explains the Acheson Report, commissioned by the Labor government to examine the health of the British public//*Health Affairs*. 1999. Vol. 18. Issue 3. P.42-44.
- Adler N. E. et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient//*American psychologist*. 1994. Vol. 49. Issue 1. P.15-24. doi: 10.1037/0003-066X.49.1.15
- Marmot M. G. The status syndrome. How social standing affects our health and longevity. 2004. New York: Henry Holt & Company.
- 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. Issue 4. P.119-123. doi.org/10.1111/1467-8721.01245
- Wilkinson R. G. Socioeconomic determinants of health - Health inequalities: Relative or absolute material standards? //*British Medical Journal*. 1997. Vol. 314. Issue 7080. P.591-595. doi: 10.1136/bmj.314.7080.591
- Demakakos P., Biddulph J. et al. The role of subjective social status in socioeconomic inequalities in mortality: Evidence from the English longitudinal study of ageing (ELSA) *Revue d'pid?miologie et de Sant? Publique*. 2018. Vol. 66. S.358 doi.org/10.1016/j.respe.2018.05.331

28. 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. Issue 1. P.10-51. DOI: 10.1037/0033-2909.129.1.10.
29. Matthews K.A., Gallo L.C., Taylor Sh. 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. P.146-173. Issue: The Biology of Disadvantage doi/epdf/10.1111/j.1749-6632.2009.05332.x
30. Baum A., Garofalo J.P., Yali A.M. Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? //*Annals of the New York Academy of sciences*. 1999. Vol. 896. P.131-44. doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08111.x
31. Cohen S., Janicki-Deverts D. Miller G.E. Psychological Stress and Disease//*Journal of the American Medical Association*. 2007. Vol. 298. Issue 14. P.1685-1687. doi:10.1001/jama.298.14.1685
32. Everson-Rose S.A., Lewis T.T. Psychosocial factors and cardiovascular diseases//*Annual Review of Public Health*. 2005. Vol. 26. P.469-500. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542
33. Steptoe A., Kivimäki M. Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge//*Annual review of public health*. 2013. Vol. 34. P.337-354. doi: 10.1038/nrcardio.2012.45.
34. Cohen S., Janicki-Deverts D., Miller E. Psychological stress and disease//*Journal of the American Medical Association*. 2007. Vol. 298. Issue 14. P.1685-1687. DOI: 10.1001/jama.298.14.1685
35. Mendenhall E., Kohrt B.A. et al. Non-communicable disease syndemics: poverty, depression, and diabetes among low-income populations//*Lancet*. 2017. Vol. 389. Issue 10072. P.951-963. doi:10.1016/S0140-6736(17)30402-6.
36. Kiecolt-Glaser J. K., Glaser R. Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? //*European Journal of Cancer*. 1999. Vol. 35. Issue 11. P.1603-1607. DOI: 10.1016/s0959-8049(99)00197-5
37. Pikhart H., Pikhartova J. The relationship between psychosocial risk factors and health outcomes of chronic diseases: a review of the evidence for cancer and cardiovascular diseases. Health Evidence Network synthesis report. 2015.
38. Glaser R., Rabin B. et al. Stress-Induced Immunomodulation: Implications for Infectious Diseases//*Journal of the American Medical Association*. 1999. Vol. 281 Issue 24. P.2268-2270. doi:10.1001/jama.281.24.2268
39. Tang K.L., Rashid R., Godley J. et al. Association between subjective social status and cardiovascular disease and cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis//*British Medical Journal Open*. 2016. Vol. 6:e010137. doi:10.1136/bmjopen-2015-010137
40. McLeod J. D., Kessler R.C. Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events//*Journal of Health and Social Behavior*. 1990. Vol.31. P.162-172. PMID: 2102495
41. Hatch S. L., Dohrenwend B. P. 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*. 2007. Vol. 40. Issue 3-4. P.313-332. DOI: 10.1007/s10464-007-9134-z
42. Matthews K.A., Gallo L.C. Psychological perspectives on pathways linking socioeconomic status and physical health//*Annual review of psychology*. 2011. Vol. 62. P.501-530. DOI: 10.1146/annurev.psych.031809.130711
43. Hobfoll S.E. Social and Psychological Resources and Adaptation//*Review of General Psychology*. 2002. Vol. 6. Issue 4. P.307-324. DOI: 10.1037/1089-2680.6.4.307
44. Seligman M. E. P. Helplessness. 1975. San Francisco: Freeman.
45. Pearlin L., Schooler C. The structure of coping//*Journal of Health and Social Behavior*. 1978. Vol. 19. Issue 1. P.2-21. DOI: 10.2307/2136319
46. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change//*Psychological Review*. 1977. Vol. 84. Issue 2. P.191-215. doi:10.1037/0033-295x.84.2.191
47. Rosenberg M. Society and adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press. 1965.
48. McAuley E., Blissmer B. Self-efficacy determinants and consequences of physical activity //*Exercise and Sport Sciences Reviews*. 2000. Vol. 28. Issue 2. P.85-88. PMID: 10902091
49. Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies//*Health Psychology*. 1985. Vol. 4. P.219-247. DOI: 10.1037//0278-6133.4.3.219
50. Scheier M.F., Carver C.S. Effects of optimism on psychology and physical well-being: Theoretical overview and empirical update//*Cognitive Therapy and Research*. 1992. Vol. 16. P.201-228 DOI: 10.1007/BF01173489
51. Wengler L., Ros'n A. S. Optimism, self-esteem, mood and subjective health //*Personality and Individual Differences*. 1995. Vol. 18. Vol. 5. P.653-661. DOI: https://doi.org/10.1017/jgc.2018.10
52. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Rolf, J.; Masten A.S.; Cicchetti D.; Nuechterlein, K.H.; Weintraub, S., editors. Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge; New York: 1990. P.181-214. doi.org/10.1017/CBO9780511752872.013
53. Major B., Richards C. et al. Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion//*Journal of Personality and Social Psychology*. 1998. Vol. 74. Issue 3. P.735-752. DOI: 10.1037//0022-3514.79.1.131
54. Wanberg C.R., Banas J.T. Predictors and outcomes of openness to changes in a reorganizing workplace//*Journal of Applied Psychology*. 2000. Vol. 85. P.132-142. DOI: 10.1037/0021-9010.85.1.132
55. Antonovsky A. Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass. 1979. A.Antonovsky, Unraveling The Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco. Jossey-Bass Publishers. 1987.
56. Antonovsky A. The Sense of Coherence as a Determinant in Health. In: Matarazzo, J.D., Ed., Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention. John Wiley. New York, 1984. P.114-129.
57. Kobasa S.C. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness//*Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. Vol.37. P.1-11. DOI:10.1037/0022-3514.37.1.1
58. Kobasa S.C., Puccetti M.C. Personality and social resources in stress resistance//*Journal of Personality and Social Psychology*. 1983. Vol. 45. P.839-850. DOI: 10.1037//0022-3514.45.4.839
59. Gallo L.C., Bogart L.M. et al. Socioeconomic status, resources, psychological experiences, and emotional responses: a test of the reserve capacity model//*Journal of Personality and Social Psychology*. 2005. Vol. 88. Issue 2. P.386-399. DOI: 10.1037/0022-3514.88.2.386
60. Stamatakis K., Lynch J., Everson S. et al. Self-esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-based Study//*Annals of Epidemiology* 2004. Vol.14. P.58-65. PMID: 14664781
61. Stewart D.E., Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill //*Psychosomatics*. 2011. Vol. 52. Issue 3. P.199-209. doi: 10.1016/j.psym.2011.01.036.
62. Lundgren O., Garvin P., Jonasson L. et al. 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. P.77-84. DOI: 10.1007/s12529-014-9387-5
63. De las Cuevas et al. The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric outpatients with depression//*BMC Psychiatry*. 2014. Vol. 14. Issue 324. DOI: 10.1186/s12888-014-0324-6
64. Swendeman D., Ingram B.L. et al. Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework//*AIDS Care*. 2009. Vol. 21. Issue 10. P.1321-1334. DOI: 10.1080/09540120902803158
65. Taylor S.E., Kemeny M.E. et al. Psychological resources, positive illusions, and health//*American Psychologist*. 2000. Vol. 55. Issue 1. P.99-109. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.99
66. 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. Issue 1. P.9-18. DOI: 10.1037/a0021022.
67. 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. Issue 10. DOI:10.1371/journal.pone.0013297.
68. 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. PMID: 3936518
69. 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. Issue 1. P.116-147. DOI: 10.1177/0898264303260447.
70. Taylor S.E., Kemeny M.E., Reed G.M. Psychological resources, positive illusions, and health//*American Psychologist*. 2000. Vol. 55. Issue 1. P.99-109. DOI: 10.1037//0003-066X.55.1.99.
71. Taylor S.E., Seeman T.E. Psychosocial resources and the SES-health relationship//*Annals of the New York Academy of Sciences*. 1999. Vol. 896. Issue 1. P.210-225. DOI: 10.1111/j.1749-6632.1999.tb08117.x.
72. Seeman M., Lewis S. Powerlessness, health and mortality: a longitudinal study of older men and mature women//*Social Science and Medicine*. 1995. Vol. 41. Issue 4. P.517-525. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00362-w
73. 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. Issue 4. P. 412-420. DOI: 10.1037/a0019432.

74. Lundgren O., Garvin P. et al. 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. Issue 1. P.77-84. DOI: 10.1007/s12529-014-9387-5.
75. Roepke S.K., Grant I. Toward a more complete understanding of the effects of personal mastery on cardiometabolic health//*Health Psychology*. 2011. Vol. 30. Issue 5. P.615-632. DOI: 10.1037/a0023480.
76. 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. Issue 1. P.58-65. DOI: 10.1016/S1047-2797(03)00078-4.
77. Rasmussen H.N., Scheier M.F., Greenhouse J.B. Optimism and physical health: A meta-analytic review//*Annals of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 37. № 3. P.239-256. DOI: 10.1007/s12160-009-9111-x.
78. Bosma H., Schrijvers C., Mackenbach J.P. Socioeconomic inequalities in mortality and importance of perceived control: cohort study//*British Medical Journal*. 1999. Vol. 319 Issue 7223. P.1469-1470. doi: 10.1136/bmj.319.7223.1469
79. 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. Issue 3. P.763-773. DOI: 10.1037/0022-3514.74.3.763.
80. Marmot M.G. et al. Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in Health // *Milbank Quarterly*. 1998. Vol. 76. Issue 3. P.403-448. PMID: 9738169
81. Festin K, Thomas K. et al. 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. Issue 8. DOI:10.1371/journal.pone.0178929
82. Twenge J.M., Campbell W.K. Self-esteem and socioeconomic status: A meta-analytic review//*Personality and Social Psychology Review*. 2002. Vol. 6. Issue 1. P.59-71. DOI: 10.1207/S15327957PSPR0601_3
83. Robb K.A., Simon A.E., Wardle J. Socioeconomic disparities in optimism and pessimism//*International Journal of Behavioral Medicine*. 2009. Vol. 16. Issue 4. P.331-338. DOI 10.1007/s12529-008-9018-0.
84. Schnittker J. Psychological factors as mechanisms for socioeconomic disparities in health: a critical appraisal of four common factors//*Social Biology*. 2004. Vol. 51. Issue 1/2. P.1-23. DOI: 10.1080/19485565.2004.9989080.
85. Bosma H. 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. Issue 4. P.737-45. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.06.018.
86. Finkelstein D.M, Kubzansky L.D. et al. Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources//*Journal of Adolescent Health*. 2007. Vol. 40. Issue 2. P.127-134. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2006.10.006.
87. Gallo L.C., de los Monteros K.E. et al. Education, psychosocial resources, and metabolic syndrome variables in Latinas//*Annals of Behavioral Medicine*. 2007. Vol. 34. № 1. P.14-25. DOI: 10.1007/BF02879917.
88. Matthews K.A., Raikonen K. et al. Association between socioeconomic status and metabolic syndrome in women: Testing the reserve capacity model//*Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Issue 5. P.576-583. DOI: 10.1037/0278-6133.27.5.576.
89. Cohen S., Alper C.M. et al. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold//*Health Psychology*. 2008. Vol. 27. Issue 2. P.268-274. DOI: 10.1037/0278-6133.27.2.268.
90. O'Brien K.M. Healthy, wealthy, wise? Psychosocial factors influencing the socioeconomic status-health gradient//*Journal of Health Psychology*. 2012. Vol. 17. Issue 8. P.1142-1151. doi: 10.1177/1359105311433345.
91. Turiano N., Chapman B.P. et al. Perceived control reduces mortality risk at low, not high, education levels//*Health Psychology*. 2014. Vol. 33. Issue 8. P.883-890. DOI: 10.1037/hea0000022
92. Schödlgen I., Huxhold O. et al. Resources for Health: Differential Effects of Optimistic Self-Beliefs and Social Support According to Socioeconomic Status//*Health Psychology*. 2011. Vol. 30. Issue 3. P.326-335. DOI: 10.1037/a0022514
93. Atal S., Cheng C. Socioeconomic health disparities revisited: coping flexibility enhances health-related quality of life for individuals low in socioeconomic status//*Health and Quality of Life Outcomes*. 2016. Vol. 14. Issue 7. DOI: 10.1186/s12955-016-0410-1.
94. Chen E., Miller G.E. "Shift-and-persist" strategies: Why being low in socioeconomic status isn't always bad for your health//*Perspectives on Psychological Science*. 2012. Vol. 7. Issue 2. P.135-158. DOI: 10.1177/1745691612436694
95. Rusinova N. L., Safronov V. V. Personal psychological resources and social inequalities in health: buffer effect expression in European countries//*Demograficheskoe obozrenie*. 2017. no. 3. DOI: 10.17323/demview.v4i3.7317 (In Russian).
96. Rusinova N. L., Safronov V. V. The Psychological Mediators of Social Inequalities in Health: Self-efficacy in Europe and Russia// *Sotsiologicheskii zhurnal*. 2018. Vol. 24. no. 4. P. 30-53. DOI: 10.19181/socjour.2018.24.4.6096 (In Russian).