

DOI: [10.14515/monitoring.2022.4.2167](https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.4.2167)



Н. Л. Русинова, В. В. Сафронов

РОЛЬ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В ОБЪЯСНЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ НЕРАВЕНСТВ ЗДОРОВЬЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

Правильная ссылка на статью:

Русинова Н. Л., Сафронов В. В. Роль персональных психологических ресурсов в объяснении возрастных неравенств здоровья в странах Европы // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2022. № 4. С. 273—297. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.4.2167>.

For citation:

Rusinova N. L., Safronov V. V. (2022) Role of Personal Psychological Resources in Explaining Age-Related Health Inequalities in European Countries. *Monitoring of Public Opinion: Economic and Social Changes*. No. 4. P. 273–297. <https://doi.org/10.14515/monitoring.2022.4.2167>. (In Russ.)

РОЛЬ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ РЕСУРСОВ В ОБЪЯСНЕНИИ ВОЗРАСТНЫХ НЕРАВЕНСТВ ЗДОРОВЬЯ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ

РУСИНОВА Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Санкт-Петербург, Россия

E-MAIL: nrusinova@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8904-551X>

САФРОНОВ Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН — филиал Федерального научно-исследовательского социологического центра РАН, Санкт-Петербург, Россия

E-MAIL: vsafronov@list.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5971-1777>

Аннотация. В статье рассматриваются ухудшение здоровья с возрастом и возможности его объяснения, помимо естественных процессов старения организма, влиянием нарастающего дефицита психологических ресурсов личности, необходимых для преодоления жизненных тягот и вызываемых ими стрессовых состояний. С помощью регрессионного анализа, позволяющего оценивать посреднические эффекты, исследуются данные массовых опросов Европейского социального исследования (ESS Round 6) для двух групп стран, отличающихся слабым и сильным социальным государством, а также проводится двухуровневое моделирование с использованием сведений о 27 странах Европы, позволяющее выявить зависимости не прямых эффектов от контекстуального моде-

ROLE OF PERSONAL PSYCHOLOGICAL RESOURCES IN EXPLAINING AGE-RELATED HEALTH INEQUALITIES IN EUROPEAN COUNTRIES

*Nina L. RUSINOVA*¹ — *Cand. Sci. (Econ.), Leading Researcher, Head of the Sociology of Health Department*

E-MAIL: nrusinova@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8904-551X>

*Viacheslav V. SAFRONOV*¹ — *Senior Researcher*

E-MAIL: vsafronov@list.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5971-1777>

¹ Sociological Institute, Federal Center of Theoretical and Applied Sociology, Russian Academy of Sciences, Saint Petersburg, Russia

Abstract. The article discusses the deterioration of health with age and the possibility of explaining it, in addition to the natural processes of physical aging, by the growing deficit of individual psychological resources necessary to overcome life's hardships and the following stress. The authors examine data of the European Social Survey (ESS Round 6) for 27 countries divided by two groups, namely, weak and strong welfare states. Two-level regression modelling allows revealing the dependence of indirect effects on the contextual moderator — government expenditure on health.

The results of the study show that in all countries, psychological resources are an important factor in maintaining health. They help to partly explain age-related differences in well-being, playing the role

ратора — государственных расходов на здравоохранение.

Результаты показывают, что во всех странах на поддержание здоровья влияют психологические ресурсы. Они позволяют отчасти объяснить возрастные различия самочувствия — играют роль медиатора между возрастной структурой и связанными с ней неравенствами в здоровье: с возрастом люди утрачивают психологические качества, необходимые для преодоления жизненных трудностей, и это усугубляет проблемы со здоровьем у пожилых людей. Особенно заметны такие медиативные эффекты в странах со слабым социальным государством — при восточноевропейском режиме обеспечения социальных гарантий или невысоких расходах государства на здравоохранение. В этих странах представителям уязвимых слоев, включая людей в старших возрастах, труднее сохранить психологическую уверенность в собственных силах и возможности изменений жизни к лучшему, поскольку им во многом приходится рассчитывать только на себя. Социально-демократический режим, предоставляя широкие социальные гарантии и равный доступ к качественным медицинским услугам, создает благоприятные условия для сохранения психологических свойств, препятствующих физиологическому старению и утрате здоровья. В статье обсуждаются медиации, связанные с такими качествами, как автономия и контроль, оптимизм, оценка своего «Я», устойчивость и состоятельность.

Ключевые слова: здоровье, возрастные неравенства, психологические ресурсы, медиативные эффекты, страны Европы, Европейское социальное исследование, ESS

of a mediator between the age structure and related health inequalities. With age, people lose the psychological qualities necessary to overcome life's difficulties, and this exacerbates health problems in older people. Such mediation effects are especially noticeable in countries with a weak social state, under the Eastern European regime of providing social guarantees or low government spending on health care. In these countries, it is more difficult for representatives of vulnerable groups, including people in older ages, to maintain psychological confidence in their own abilities and preserve the possibility to change their lives for the better, since they largely have to rely only on themselves. The social-democratic regime, providing universal social guarantees and equal access to high-quality medical services, creates favorable conditions for the preservation of psychological resources by the elderly, which create additional barriers to physiological aging and loss of health. The article discusses mediation associated with such qualities as autonomy and control, optimism, self-esteem, resilience, and competence.

Keywords: health, age inequalities, psychological resources, mediation effects, countries of Europe, European Social Survey (ESS)

Здоровье, возраст и психологические ресурсы: проблема и состояние исследований

Одно из важнейших направлений в современной социологии здоровья связано с анализом социальных неравенств. Исследования свидетельствуют, что состояние здоровья и продолжительность жизни людей зависят от их социально-экономического положения. Существенное значение для здоровья имеют и психосоциальные ресурсы, которые включают социальный капитал поддержки со стороны других людей и психологические черты, помогающие человеку справляться с жизненными трудностями [Gallo, Matthews, 2003; Matthews, Gallo, 2011]. Социальный капитал образуется благодаря сетям взаимодействий с другими людьми и участию в добровольных ассоциациях, предполагающих взаимопомощь и межличностное доверие. Психологической устойчивости способствуют такие качества, как уверенность в своих силах, способность контролировать происходящее, оптимистическое видение будущего [Ehsan et al., 2019; Rasmussen, Scheier, Greenhouse, 2009]. Психосоциальные ресурсы смягчают неблагоприятные последствия стресса и связаны с поведением, способствующим поддержанию здоровья. Иными словами, они играют посредническую роль (медиативную), объясняя статусные различия в здоровье вследствие их неравномерного распределения по социальной структуре — дефицита у людей с низким социально-экономическим положением [Gallo, Matthews, 2003].

В последние годы проблема психосоциальной медиации возрастных дифференциаций в здоровье привлекает все больше внимания, ведь ослабление социальных связей и психологические изменения, наступающие к старшим возрастам, могут усугублять естественное ухудшение здоровья, обусловленное биологическим старением организма. В ряде работ показано, что психологические свойства¹ играют важную роль в поддержании здоровья людей, в том числе и в старших возрастах [Klabbers et al., 2014]. Так, *убежденность человека в своей способности контролировать происходящее в жизни* [Mirowsky, Ross, 1998] благоприятно сказывается на показателях физического здоровья [Infurna, Gerstorf, 2014], психического равновесия [Gallagher, Bentley, Barlow, 2014], способствует повышению качества жизни у людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями [Neo et al., 2015], а также ведет к снижению рисков смертности [Elliot et al., 2018]. Согласно выявленным фактам, у лиц старших возрастов, уверенных, что могут контролировать происходящее, повышается способность адаптации к возрастным проблемам [Barlow et al., 2016] и замедляются темпы возрастного спада физического функционирования [Robinson, Lachman, 2017] и субъективного благополучия [Gerstorf et al., 2014].

В других исследованиях установлено, что *вера человека в собственные силы и признание значимости своего «я»*, смягчая воздействие стрессоров на организм [O'Donnell et al., 2008], также позитивно влияет на его самочувствие [Schwarzer, 2014], снижая риски депрессии и тревожности [Orth et al., 2009], сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [Lundgren et al., 2015] и преждевре-

¹ Психологические свойства, психологические черты, психологические ресурсы, психологические диспозиции используются в тексте как синонимы (в целях стилистического разнообразия), а что именно имеется в виду под этими терминами — будет однозначно определено ниже при описании переменных.

менной смертности [Stamatakis et al., 2004]. В поздний период жизни вера в себя выступает защитным фактором способности к самообслуживанию в повседневной деятельности [Oliveira, Silva, Lima, 2016].

Оптимизм, общее ожидание перемен к лучшему [Scheier, Carver, 1985] — еще одно психологическое свойство, важное для преодоления стрессовых ситуаций [Nes, 2016], поддержания позитивных социальных отношений [Andersson, 2012] и ориентации на здоровый образ жизни [Boehm et al., 2018; Schiavon et al., 2017]. Согласно выявленным фактам, эта диспозиция демонстрирует одни из самых сильных и устойчивых связей с показателями физического и психического благополучия среди психосоциальных факторов (см. обзор в [Scheier, Carver, 2018; Scheier et al., 2020]). Она предотвращает сердечную недостаточность [Kim, Smith, Kubzansky, 2014], инсульты [Kim, Park, Peterson, 2011], снижает преждевременную смертность [Kim et al., 2017] и способствует долголетию [Lee et al., 2019].

Противостоять стрессовым воздействиям и их негативным последствиям для физического и психического здоровья помогает и такое психологическое качество, как *устойчивость* человека к трудностям жизни (*resilience*). Она характеризует адаптивные свойства организма — его способность к быстрому восстановлению после перенесенных невзгод, травм и потерь [Wagnild, Young, 1993]. Лонгитюдные и кросс-секционные исследования обнаруживают, что позитивные эффекты устойчивости, как и других психологических свойств, проявляются на протяжении всей жизни. Кроме того, на поздних ее этапах это свойство помогает преодолевать специфические проблемы пожилых людей, связанные с естественным ухудшением здоровья, потерей социальных ролей и тяжелыми утратами [van Kessel, 2013]. Оно позволяет им адаптироваться к проблемам, вызванным хроническими заболеваниями [Silverman et al., 2015], препятствует развитию когнитивных нарушений [Gu, Feng, 2018], приводит к снижению депрессии, тревожности [Tan-Kristanto, Kiropoulos, 2015] и рисков смертности [Shen, Zeng, 2010]. Устойчивость к трудностям жизни способствует также повышению самооценки здоровья [Lau et al., 2018; Taylor, Carr, 2021], активному старению [Jeste et al., 2013] и долголетию [Gu, Feng, 2018, Shen, Zeng, 2010]. Причем по сравнению с другими показателями психосоциальных ресурсов такие эффекты проявляются с особенной отчетливостью [Taylor, Carr, 2021].

Согласно имеющимся свидетельствам, рассмотренные психологические качества меняются на протяжении жизненного пути — нарастая в раннем взрослом возрасте, они достигают наибольших значений к середине жизни, а затем — в старших возрастах — начинают снижаться. Об этом свидетельствует анализ возрастных изменений личностной самооценки [Orth, Robins, 2014; Orth, Maes, Schmitt, 2015], оптимистического видения будущего [Sweeny, Krizan, 2013] и устойчивости [Beutel et al., 2009; Beutel et al., 2010], а также способности к контролю [Lachman, Neupert, Agrigoroaei, 2011], хотя, согласно материалам лонгитюдных исследований, эта способность может сохраняться и в старших возрастах [Slagsvold, Sørensen, 2013].

Уже накоплен определенный эмпирический опыт, свидетельствующий, что психологические ресурсы личности являются важным фактором поддержания здоровья и, следовательно, могут играть роль посредника между возрастом и оценкой здоровья. Это предположение подтверждается отдельными работами,

выполненными на локальных выборках. Так, в исследовании, предпринятом на небольшой выборке испанцев в возрасте от 18 до 87 лет, чувства контроля, собственного достоинства, а также оптимизм выступали медиаторами между возрастом, развитием депрессии и тревожных состояний [Jiménez, Montorio, Izal, 2017]. Результаты исследования в США, охватывающего более тысячи респондентов 18—89 лет, подтвердили зависимость психического здоровья от возраста и зафиксировали частичные медиативные эффекты психологического контроля, то есть проблемно-ориентированных стратегий преодоления стрессов [Chen et al., 2018]. В то же время локальный характер таких исследований не позволяет с уверенностью говорить о посреднических функциях психологических свойств в объяснении возрастных изменений здоровья, поскольку доминантными могут оказаться и другие медиаторы, например материальная депривация. Более того, такие психологические медиации возрастных различий здоровья могут зависеть от общественного контекста. На это косвенно указывает тот факт, что взаимосвязи возраста, психологических ресурсов и здоровья могут с большей отчетливостью проявляться в одних странах, оставаясь невыраженными в других. Например, различия в устойчивости к трудностям жизни в разных обществах связываются со своеобразием культурных норм и ценностей [Phillips et al., 2016; Schönfeld, Brailovskaia, Margraf, 2017]. Отсутствие спада самоуважения в пожилом возрасте в Японии по сравнению с США и Европой также объясняется культурными различиями [Ogihara, 2019; Ogihara, Kusumi, 2020], как и оптимистические и пессимистические настроения на протяжении жизненного пути в Германии, Нидерландах и США [Chopik et al., 2020; Drewelies, Huxhold, Gerstorf, 2019].

В ряде работ обосновывается значение государственной системы обеспечения социальных гарантий как важной характеристики социетального контекста, оказывающей влияние на формирование возрастных неравенств в здоровье в обществе и роль в этих процессах персональных психологических ресурсов. Высказывалось предположение, что снижение чувства контроля с возрастом может наступать раньше в тех странах, где положение пожилых людей относительно менее надежно и предсказуемо, и позже там, где государственная помощь и пенсионное обеспечение способствуют поддержанию уверенности людей в возможности управлять обстоятельствами собственной жизни [Clarke, Smith, 2011; Slagsvold, Sørensen, 2013]. Действительно, в Норвегии ослабление чувства контроля при всеобщей и щедрой системе поддержания благосостояния наступает только после 75 лет, а это примерно на 15 лет позже, чем в США [Slagsvold, Sørensen, 2013]. В либеральном режиме социальных гарантий США поддержанию здоровья пожилых людей способствует укрепление способности к контролю над жизненными обстоятельствами, тогда как в Великобритании она не играет существенной роли и хорошее здоровье в старших возрастах обеспечивается государственной системой здравоохранения [Clarke, Smith, 2011].

Подводя итог можно отметить, что для поддержания здоровья важное значение имеют такие психологические свойства, как способность контролировать происходящее в жизни, уверенность в себе, оптимизм и умение преодолевать трудности. Наличие у человека этих свойств меняется с возрастом — у пожилых людей многие из них оказываются в дефиците. Следовательно, возрастные различия в здоровье

во многом должны объясняться психологическими ресурсами и их значительным сокращением в старших возрастных группах. Исследования, посвященные этой проблеме, только начинают появляться, и, как правило, выполнены лишь на локальных выборках. Для подтверждения этой гипотезы нужны обширные межстрановые данные, поскольку они не только позволяют принять во внимание большее число стран, но и учесть влияние социокультурного контекста. С этой точки зрения наряду с культурными факторами важное значение приобретают особенности системы социального обеспечения. Широкие государственные социальные гарантии для уязвимых слоев способствуют сохранению психологических ресурсов среди пожилых, их уверенности в своих силах и ослаблению медиативных эффектов этих характеристик в отношении здоровья. В странах со слабой социальной политикой люди в старших возрастных группах, не имея надежной защиты со стороны государства, будут, вероятно, терять уверенность в возможности изменений к лучшему, своей способности влиять на происходящее и преодолевать невзгоды, поэтому возрастные различия здоровья можно будет в большей мере объяснить психологическими медиациями. В настоящей работе предпринимается попытка тестирования этой гипотезы на материалах Европейского социального исследования, включающего 27 стран.

Характеристика исследования, данные и методы

Возрастные различия здоровья возникают вследствие естественного биологического старения организма, однако социальные и психологические причины также играют важную роль. Между наиболее развитыми европейскими странами, например, и посткоммунистическими государствами, отстающими от первых и по уровню экономического развития, и по социальным гарантиям населению, существуют заметные различия, свидетельствующие о гораздо большей дифференциации состояния здоровья у молодых и пожилых людей в странах Восточной и Центральной Европы по сравнению со Скандинавскими странами [Русина, Сафронов, 2019]. Эти различия обусловлены более низким уровнем жизни в первых, слабой социальной защитой со стороны государства уязвимых слоев, в том числе и пожилых людей, невысокой социальной интеграцией, утратой в этих слоях психологической уверенности и другими причинами, не имеющими отношения к биологии старения. Так что есть все основания считать такие различия социальными неравенствами.

Согласно нашему предположению, наблюдаемые изменения в здоровье по мере взросления и старения в определенной мере отражают неравномерное распределение индивидуальных психологических ресурсов на разных этапах жизненного пути, а дефицит этих ресурсов усиливается с переходом к старшим возрастам. Иными словами, видимый эффект возраста обусловлен или опосредован психологическими резервами личности.

Такие посреднические воздействия, согласно другому нашему предположению, с большей определенностью проявляются в одних странах, оставаясь слабо выраженными в других. Принимая во внимание зависимости, обнаруженные в работах по психологической медиации социально-статусных неравенств в здоровье, можно ожидать, что непрямые психологические эффекты, связывающие возрастные раз-

личия со здоровьем, будут более отчетливыми в странах со слабым социальным государством и ограниченными возможностями обеспечения государством качественных медицинских услуг, чем в социальных демократиях с развитой системой социальных гарантий, защищающей уязвимые общественные группы. В первых при возникновении проблем со здоровьем людям в значительной мере приходится рассчитывать на собственные силы, и все более явный с возрастом недостаток психологических качеств, помогающих преодолевать жизненные невзгоды, может негативно сказываться на здоровье пожилых. В развитых странах, отличающихся значительными государственными расходами на развитие системы здравоохранения, психологические ресурсы будут, по-видимому, более равномерно распределяться во возрастной структуре, поскольку поддержку уязвимым слоям населения, включая пожилых людей, обеспечивают институты социального государства и благодаря такой поддержке у представителей этих слоев может сохраняться уверенность в себе и другие персональные черты, важные для сохранения здоровья.

Из этих предположений вытекают две основные задачи исследования. Первая подразумевает выявление важнейших психологических качеств, выступающих медиаторами возрастных различий в здоровье, а вторая связана с обнаружением контекстуальных различий между странами, которые могли бы объяснить расхождение между ними в проявлениях эффектов психологической медиации.

При решении этих задач использовались данные Европейского социального исследования [ESS Round 6, 2012], полученные в ходе репрезентативных опросов населения 27 стран Западной и Восточной Европы, а также статистические данные об уровне их социального и экономического развития. Для решения первой задачи использовался статистический аппарат регрессионного анализа, позволяющий выявлять медиативные эффекты (программа PROCESS, см. [Hayes, 2018], которая дает возможность оценивать многообразные модели с эффектами медиации и модерации, а также статистическую значимость этих эффектов, в том числе и ряда параллельных посреднических влияний).

Вторая задача предполагала выяснение зависимости этих эффектов от контекстуальных факторов, различающих европейские страны. Социальное государство, поддерживающее уязвимые категории населения, к которым относятся люди старших возрастов, создает материальную среду, институциональные возможности и социо-психологическую атмосферу в обществе, которые позволяют этим категориям жить в хороших условиях, нормально питаться, заниматься рекреацией, получать качественные медицинские услуги и не испытывать затяжных и тяжелых стрессов, которые им пришлось бы переживать без такой защиты. Можно предположить, что именно контекстуальные модераторы, связанные с социальным государством, способны объяснить различия психологических медиаций в разных частях Европы. Измерению этого контекстуального фактора посвящена специальная литература, в которой вслед за Эспинг-Андерсеном [Esping-Andersen, 1990] обсуждаются различия режимов государства благосостояния. Как классификации режимов, так и набор индикаторов, который используется для их измерения, продолжают уточняться. В то же время для разделения европейских стран, ориентирующихся на сильную и слабую социальную политику, вполне можно воспользоваться разграничением полярных режимов — социально-демократического,

характеризующего Скандинавию, и восточноевропейского, свойственного посткоммунистическим странам. Другая важная контекстуальная характеристика, учитывающая возможности доступа к качественной медицине и влияющая как на состояние национального здоровья, так и уязвимых людей, — расходы государственного бюджета на здравоохранение. Указанные режимы и расходы — не единственные показатели социального государства и, может быть, не лучшие из-за высокой обобщенности, однако найти им замену в исследовании, включающем около трех десятков стран, довольно трудно.

Таким образом, изучение психологических медиаций возрастных неравенств в здоровье проводилось в двух группах стран, значительно различающихся по уровню развития социального государства. Одну из них, представляющую слабый, «восточноевропейский» режим обеспечения социальных гарантий, составляют бывшие коммунистические страны, включая Болгарию, Польшу, Россию и Украину, а другую — развитые Скандинавские страны с «социально-демократическим режимом»: Дания, Норвегия, Финляндия и Швеция, в которых предоставляются универсальные гарантии.

На следующем этапе, посвященном решению второй задачи, рассматривались все 27 стран, включая Бельгию, Болгарию, Великобританию, Венгрию, Германию, Данию, Израиль, Ирландию, Исландию, Испанию, Италию, Кипр, Литву, Нидерланды, Норвегию, Польшу, Португалию, Словакию, Словению, Украину, Финляндию, Францию, Чехию, Швейцарию, Швецию и Эстонию, а также Россию, и проверялось предположение о влиянии контекстуального фактора государственных расходов на здравоохранение (в душевом исчислении, рассчитанных при паритете покупательной способности, World Health Organization, Per capita government expenditure on health, \$ PPP, см. [WHO, 2014]). С этой целью строились иерархические двухуровневые модели с непрямыми эффектами и их модерацией контекстуальным фактором: первый уровень — респонденты с их особенностями здоровья, возраста, психологии, пола и социального статуса, а второй — страны, различающиеся по уровню государственных расходов на здравоохранение (программа MLmed [Rockwood, 2017]).

В Европейском социальном исследовании различия в здоровье фиксируются с помощью показателя его самооценок респондентами, полученных при ответах на вопрос анкеты: «Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? По Вашему мнению, оно... 1. Очень хорошее, 2. Хорошее, 3. Среднее, 4. Плохое, 5. Очень плохое». Этот вопрос получил признание в научном сообществе как один из простых и валидных индикаторов здоровья людей, надежно предсказывающий его объективное состояние. Зависимая переменная в нашем анализе — распределение ответов по приведенной пятибалльной шкале.

Основная независимая переменная — возраст участников опросов, выраженный в годах. В нашей работе рассматривается возрастной диапазон от 25 до 80 лет, когда особенно заметными становятся социальные и психологические влияния на состояние здоровья индивидов. У самых молодых и старых людей эти влияния выражены неотчетливо, поскольку очень сильны биологические детерминации.

В нашем анализе используются данные опросов ESS Round 6, поскольку именно этот раунд включал модуль, посвященный «личному и социальному благополучию» и содержащий ряд вопросов для выявления психологических особенностей

респондентов [Huppert et al., 2013]. Среди них — следующие пять характеристик психологических ресурсов, которые, согласно обзору литературы, обычно используются для выявления медиативных эффектов (причем при изучении не только возрастных, но и социально-структурных неравенств в здоровье):

1) «Автономия и контроль» — независимость в принятии решений, свидетельствующая о том, что человек при осуществлении определенной деятельности свободен от давления со стороны других людей, о ее выраженности говорит степень согласия респондента с суждением: «Полагаю, что я могу самостоятельно решать, как мне жить» (по пятибалльной шкале от полного согласия до полного несогласия), а также способность человека контролировать происходящее в жизни и свою деятельность, выраженная в шкальных оценках при ответе на вопрос: «В какой мере Вам удается выкраивать время на то, чем Вам по-настоящему нравится заниматься?» (от 0 — вовсе не удается до 10 — полностью удается).

2) «Оптимизм», предполагающий позитивные чувства или оценки в отношении будущего, связанные с личной жизнью или общественными изменениями, определяется с помощью трех анкетных вопросов: «Я всегда смотрю на свое будущее с оптимизмом» и «Судя по тому, что происходит в мире, трудно возлагать надежды на его будущее», «Для большинства людей в нашей стране жизнь становится не лучше, а хуже» (пятибалльные шкалы от полного согласия до полного несогласия).

3) «Позитивная самооценка», принятие человеком себя, проявляющееся в его хорошем отношении к самому себе, зафиксированная в ответах на два вопроса: «В целом я очень хорошо к себе отношусь», «Временами я чувствую себя неудачником» (пятибалльные шкалы согласия).

4) «Устойчивость» к трудностям жизни и умение их преодолевать, свидетельствующие о способности человека сопротивляться стрессовым воздействиям и быстрой восстановлению после попадания в сложную жизненную ситуацию. Об устойчивости позволяют судить ответы участников опросов на два вопроса: «Насколько трудно или легко Вам справляться с важными проблемами, возникающими в Вашей жизни?» (шкала от 0 до 10) и «Когда в моей жизни происходит что-то плохое, мне обычно требуется длительное время, чтобы прийти в себя» (пятибалльная шкала согласия).

5) «Состоятельность» относится к общей уверенности человека в своей компетентности, способности проявлять себя в повседневной деятельности, в том числе и в своих когнитивных способностях — умении мыслить, концентрировать внимание и принимать решения. Для ее измерения респондентов спрашивали, согласны ли они с утверждениями: «В повседневной жизни у меня очень мало возможностей показать, на что я способен», «В большинстве случаев я испытываю чувство удовлетворения от того, что делаю» и «У меня многое хорошо получается» (пятибалльные шкалы согласия).

Значения пяти психологических индексов², описывающих эти свойства, рассчитывались как средние арифметические значения ответов по указанным шкалам после приведения их к общей размерности и изменения, где необходимо, полярности шкал (при разной размерности шкалы приводились к формату 0, 1).

² Корреляции между отдельными вопросами о психологических свойствах не приводятся, зависимости между пятью шкалами достаточно тесные, на что указано при построении обобщающего индекса психологических ресурсов ниже.

Во всех регрессиях и двухуровневых моделях контрольные переменные включали показатели пола ($J = 0$, $M = 1$) и социального статуса опрошенных, который измерялся по признакам образования и профессии. Уровень образования — индекс, суммирующий количество лет, в течение которых респондент обучался в формальных образовательных учреждениях (школе, училище, колледже, институте, университете и др.). Профессиональные позиции, которые в данных ESS различаются в соответствии с Международной стандартной классификацией профессий (International Standard Classification of Occupations: ISCO 08, см. [International Labour Office, 2012]), преобразовывались с помощью специальной программы конверсии в Международный социально-экономический индекс профессионального статуса (International Socio-Economic Index of Occupational Status, ISEI, см. [Ganzeboom, Treiman, 2010]). В таблице 1 представлены дескриптивные статистики для двух групп стран. Шкалы всех независимых переменных преобразовывались и были представлены в диапазоне от 0 до 1 (из исходных шкальных оценок вычиталось минимальное значение и получившиеся градации шкалы делились на новое максимальное значение, так что преобразованная шкала изменялась в диапазоне 0, 1, а между этими значениями располагались прочие градации), вследствие чего приводимые регрессионные коэффициенты будут свидетельствовать о различиях здоровья, измеренного пятибалльным показателем, между респондентами с полярными структурными и психологическими характеристиками.

Таблица 1. **Дескриптивная статистика для анализируемых переменных**

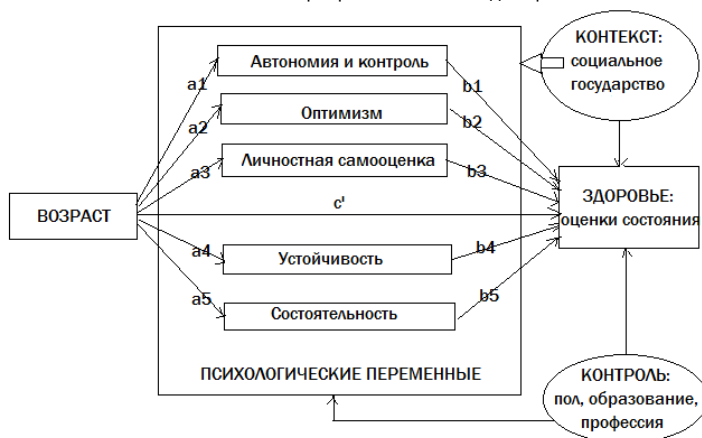
	Восточная Европа				Скандинавские страны			
	Mean	Std. Dev.	Min	Max	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Зависимая переменная								
Самооценка состояния здоровья (очень хорошее = 1, очень плохое = 5)	2,60	0,88	1	5	2,02	0,86	1	5
Независимые переменные								
Пол ($J = 0$, $M = 1$)	0,42	0,49	0	1	0,51	0,50	0	1
Возраст (лет)	50,1	14,8	25	80	51,5	14,7	25	80
Образование (лет)	12,5	3,3	0	25	13,4	4,1	0	25
Профессиональный статус	0,37	0,28	0	1	0,46	0,28	0	1
Автономия — контроль	0,67	0,19	0	1	0,74	0,16	0	1
Оптимизм	0,52	0,19	0	1	0,62	0,18	0	1
Личностная самооценка	0,68	0,20	0	1	0,64	0,19	0	1
Устойчивость	0,54	0,20	0	1	0,67	0,17	0	1
Состоятельность	0,67	0,19	0	1	0,75	0,14	0	1
Госрасходы: здравоохранение (\$, на душу)	723	268	308	1043	3689	890	2673	5080
N (валидные)	6049				5731			

Примечание. Переменные возраста и образования представлены в годах (в регрессиях используются преобразованные шкалы с диапазоном 0, 1).

Здоровье, возраст и психологические ресурсы в странах со слабым и сильным социальным государством

В регрессионном анализе двух групп стран — с восточноевропейским и социально-демократическим режимами обеспечения социальных гарантий (слабое и сильное социальное государство) — рассматривались пять параллельных психологических медиаций возрастных различий в здоровье. Схема этого анализа представлена на рисунке 1. «Общий эффект» влияния возраста на оценки здоровья, проявляющийся при контроле пола, образования и профессионального статуса, складывается из «прямого эффекта», c' , остающегося после учета психологических переменных, и «непрямых», медиативных эффектов пяти психологических факторов: автономии и контроля — a_1b_1 , оптимизма — a_2b_2 , личностной самооценки — a_3b_3 , устойчивости — a_4b_4 и состоятельности — a_5b_5 . Детерминации a_1 — a_5 свидетельствуют о зависимости психологических ресурсов от возрастных различий: чем сильнее эти зависимости, отраженные отрицательными регрессионными коэффициентами, тем менее равномерно распределение личностных качеств по возрастной структуре с нарастанием дефицита к старшим возрастам³. Детерминации b_1 — b_5 говорят о важности этих качеств для здоровья: статистически значимые отрицательные коэффициенты будут свидетельствовать об их важной роли для поддержания хорошего самочувствия (напомним, направленность шкалы оценок здоровья — от градации «очень хорошее» к ответам «очень плохое»). Непрямые воздействия рассчитываются как произведение «а» и «b» коэффициентов, полученных в этих регрессиях. Предполагается, что медиативные эффекты зависят от общественного контекста — они могут различаться в странах с восточноевропейским и социально-демократическим режимами социальных гарантий.

Рис. 1. Психологическая медиация возрастных неравенств в здоровье: аналитическая схема регрессионного моделирования



³ Предварительный анализ различий между средними значениями психологических переменных в возрастных категориях (25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65+ лет) показывает, что психологические ресурсы действительно линейно убывают с возрастом, отчетливо — в посткоммунистических странах (за исключением автономии-контроля, о чем будет сказано далее).

Результаты анализа, относящиеся к двум изучавшимся группам стран, представлены в таблице 2. При восточноевропейском режиме обеспечения социальных гарантий все пять психологических свойств неравномерно распределены по возрастной структуре (коэффициенты a_1 — a_5 оказались статистически значимыми). Как и предполагалось, с возрастом заметно уменьшаются оптимизм и устойчивость к трудностям жизни, а также несколько снижается уверенность человека в себе самом и своей состоятельности. Однако такое качество, как автономия и контроль, немного чаще встречается в старших возрастах, чем у молодежи. Все психологические свойства играют важную роль в поддержании здоровья (см. коэффициенты b_1 — b_5), снижая вероятность низкого оценивания респондентами своего самочувствия, особенно состоятельность и устойчивость.

В странах с социально-демократическим режимом только оптимизм и состоятельность ослабевали с годами жизни (a_2 и a_5), но не оценка своего «я» и устойчивость (a_3 и a_4). Зависимость, указывающая на обретение с возрастом автономии-контроля (a_1), была выражена в этих странах даже с большей отчетливостью, чем при слабом социальном государстве. Согласно коэффициентам (b_1 — b_5), при социально-демократическом режиме, как и при восточноевропейском, все пять психологических качеств способствуют поддержанию здоровья.

Таблица 2. Регрессионные модели с пятью параллельными психологическими медиациями возрастных неравенств в здоровье: слабое и сильное социальное государство

Переменные	Режимы социальных гарантий			
	Восточноевропейский		Соц.-демократический	
	a	b	a	b
Автономия и контроль (a_1 , b_1)	0,06***	-0,31***	0,12***	-0,43***
Оптимизм (a_2 , b_2)	-0,18***	-0,26***	-0,15***	-0,61***
Личностная самооценка (a_3 , b_3)	-0,06***	-0,33***	0,02	-0,51***
Устойчивость (a_4 , b_4)	-0,15***	-0,45***	-0,03	-0,48***
Состоятельность (a_5 , b_5)	-0,06***	-0,69***	-0,08***	-0,43***
R sq.		0.31		0.19
Эффекты				
Общий эффект	20,09***		10,06***	
Прямой эффект	10,94***		0,99***	
Непрямые эффекты:				
Автономия и контроль	-0,02 (-0,03; -0,01)		-0,05 (-0,07; -0,03)	
Оптимизм	0,05 (0,02; 0,07)		0,09 (0,07; 0,12)	
Личностная самооценка	0,02 (0,01; 0,03)		-0,01 (-0,03; 0,00)	
Устойчивость	0,07 (0,05; 0,09)		0,01 (-0,00; 0,03)	
Состоятельность	0,04 (0,02; 0,06)		0,03 (0,02; 0,05)	
N	6049		5731	

Примечание. Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое). Общий эффект — влияние возраста на здоровье (без включения переменных психологических ресурсов), непрямые эффекты — произведение коэффициентов a и b . Указываются нестандартизированные коэффициенты B (не приводятся для контрольных переменных пола, образования и профессионального статуса), для непрямых эффектов в скобках дается 95% доверительный интервал (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 5000), уровни значимости: *** $p < 0,000$, курсивом выделены незначимые коэффициенты и эффекты.

Возраст, как показывают значения общих эффектов, оказывает сильное негативное воздействие на здоровье в обеих группах стран, особенно отчетливое при слабом социальном государстве. И эти зависимости в определенной мере объясняются психологическими переменными. При восточноевропейском режиме социальных гарантий все не прямые эффекты были статистически значимыми (доверительные интервалы не содержат нулевых значений) и относительно более выраженными для таких свойств, как устойчивость и оптимизм (различия с другими медиациями неслучайны, согласно результатам попарного сопоставления не прямых эффектов, которое позволяет проводить программа Process, результаты не приводятся). Непрямой эффект для автономии и контроля оказался также статистически значимым, но, в отличие от прочих четырех посредников, у него — отрицательный знак. Это свойство, приобретаемое с возрастом, не объясняет ухудшения самочувствия с годами жизни, а скорее наоборот, ему препятствует, хотя такое влияние, судя по величине коэффициента, достаточно скромное. Отметим, что и объясняющие возрастные различия четыре не прямых психологических эффекта были по величине весьма небольшими. В скандинавских социальных демократиях наиболее заметным медиатором возрастных различий выступает оптимизм, который по величине значимо больше всех прочих посредников. Статистически значим и не прямой эффект для состоятельности, тогда как устойчивость и личностная самооценка посреднической роли в этих странах не играют. Автономия и контроль, как и при слабом социальном государстве, не объясняют расширения неравенств с возрастом, немного сглаживая их проявление.

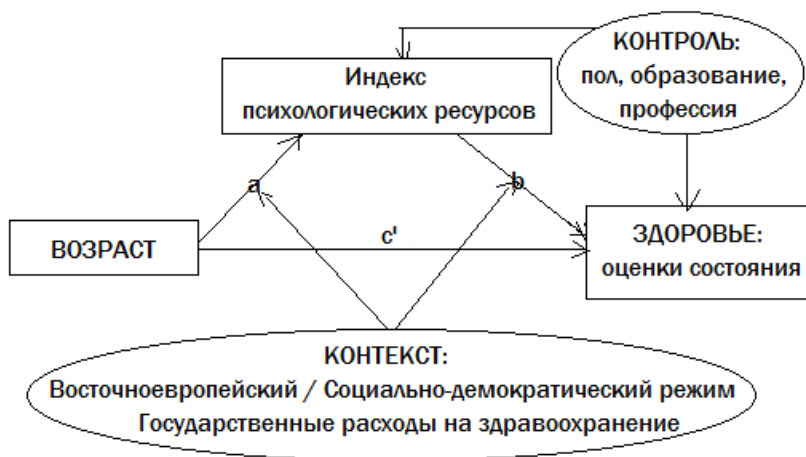
Психологическая медиация возрастных различий в здоровье: значение общественного контекста

Регрессионный анализ пяти параллельных медиаций, представленный выше, позволяет вычлени психологические переменные, выступающих наиболее важными посредниками при объяснении возрастных неравенств в здоровье. Однако в силу того, что отдельные переменные личностных свойств тесно взаимосвязаны, этот анализ не дает возможности адекватно оценить, насколько в целом важны психологические медиации для такого объяснения. Кроме того, он не позволяет выяснить, являются ли различия психологических эффектов в двух группах стран статистически существенными. В связи с этим дальнейший регрессионный анализ проводился на общих массивах восьми стран (четыре со слабым и четыре с сильным социальным государством) и 27 стран (отличающихся размерами государственных расходов на здравоохранение). Психологическая переменная была представлена индексом, отражающим четыре «объясняющих» возрастных неравенства в здоровье свойства⁴ — оптимизм, оценку своего «я», устойчивость и состоятельность (Cronbach's Alpha для этих переменных = 0,71, индекс рассчитывался как среднее арифметическое оценок по отдельным шкалам).

⁴ Выше отмечалось, что автономия-контроль связаны с возрастом положительно и не могут рассматриваться в качестве медиатора — в отличие от четырех других психологических качеств, убывающих по мере перехода от младших к старшим возрастам. Сам по себе не прямой эффект автономии-контроля слишком мал, чтобы акцентировать на нем внимание при интерпретации результатов.

Аналитическая схема этого анализа представлена на рисунке 2. Влияние возраста на ухудшение самочувствия, общий эффект, складывается из прямого воздействия, обозначенного c' , и посреднического эффекта — через индекс психологических ресурсов. Посреднический эффект представляет собой произведение детерминаций « ab », где « a » фиксирует зависимость психологических ресурсов от возраста, и « b » — самооценок здоровья от психологических ресурсов (вычисляемых при контроле социальной демографии). Обе эти детерминации могут меняться под воздействием общественного контекста, указывающего на развитие социального государства (разделения европейских стран на восточноевропейский и социально-демократический режимы обеспечения социальных гарантий, а также их различий по уровню душевых государственных расходов на здравоохранение).

Рис. 2. Схема анализа контекстуальной зависимости медиативного влияния индекса психологических ресурсов на возрастные различия в здоровье



Результаты регрессионного анализа медиативных эффектов в странах с отличающимися режимами социальных гарантий представлены в таблице 3.

В уравнениях учитывалось влияние модератора, представленного дихотомией сильное (=0) / слабое (=1) социальное государство. Для этого в модели «а» анализировалось не только влияние возраста на психологический индекс (при контроле пола, образования и профессионального статуса), но и интеракция возраста с этой дихотомией, а в модели «б» — кроме всего набора независимых переменных, ее интеракция с психологическим индексом.

Согласно регрессии «а» (см. табл. 3), запасы личностных ресурсов несколько меньше в «восточноевропейских» странах, они сокращаются с возрастом, причем, как показывает интеракция возраста на признак социального государства и показатели выраженности влияния возраста на психологические ресурсы, эта зависимость сильнее проявляется при слабом режиме социальных гарантий. Уравнение «б» подтверждает хорошо известные факты о более высоких оценках своего здоровья мужчинами и существовании социально-структурных нера-

венств в здоровье — оно хуже при невысоком образовании и профессиональном положении участников опросов. В странах восточноевропейского типа взрослое население в среднем ниже оценивает здоровье, чем в социальных демократиях. Его состояние ухудшается с возрастом и существенно улучшается у людей, наделенных психологическими ресурсами, особенно, как показывают интеракции психологического индекса с дихотомией социального государства и коэффициенты выраженности воздействия этого индекса на здоровье в двух группах стран, — в более развитых странах. В обеих этих группах непрямые эффекты, говорящие о посреднической роли психологических ресурсов в объяснении возрастных различий самочувствия, оказались статистически значимыми, однако существенно отличающимися по величине. Медиация была заметно слабее выражена в социальных демократиях и сильнее — при восточноевропейском режиме (статистически значимые отличия). Правда, в процентных показателях эти различия были не очень заметными (в силу меньшего общего эффекта в Скандинавских странах) — в первых доля непрямого эффекта в общем составляет 9%, тогда как в странах второго типа — 13%⁵.

Таблица 3. Общая психологическая медиация возрастных различий в здоровье: сравнение стран с сильным и слабым социальным государством

Переменные эффекты	Регрессии	
	a	b
Константа	0,61***	3,18***
Пол (М)	0,03***	-0,07***
Образование	0,08***	-0,28***
Профессиональный статус	0,06***	-0,12***
Возраст	-0,04***	1,43***
Индекс психологических ресурсов		-2,25***
Социальное государство: сильное/слабое	-0,02***	0,25***
Интеракции:		
Возраст x социальное государство	-0,10***	
Ресурсы x социальное государство		0,27*
R ²	0,13***	0,32***
Выраженность влияния:		
Сильное социальное государство	-0,04***	-2,25***
Слабое социальное государство	-0,14***	-1,98***
Непрямые эффекты:		
Сильное социальное государство	0,10 (0,05; 0,14)	
Слабое социальное государство	0,28 (0,23; 0,32)	
Различие эффектов	0,18 (0,12; 0,24)	
N	11859	

Примечание. Линейные регрессии с эффектами медиации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), для не прямых эффектов в скобках приводится 95% доверительный интервал к (bootstrap confidence interval, N of bootstrap samples = 5000), уровень значимости коэффициентов: *** $p < 0,000$, * $p < 0,05$.

⁵ Непрямой эффект делится на общий и умножается на сто.

Наш анализ показывает, что психологические ресурсы позволяют отчасти объяснить возрастные неравенства в здоровье — эти ресурсы сокращаются с возрастом, особенно заметно в странах со слабым социальным государством, и играют важную роль в поддержании хорошего самочувствия, причем в развитых странах даже большую, чем в менее продвинутых. Отметим, что психологические медиации возрастных различий здоровья, несмотря на статистическую значимость, были по величине достаточно скромными — они объясняли лишь небольшую долю возрастного ухудшения здоровья. Вероятно, фундаментальную роль в этом процессе играет биологическое старение организма, но не исключено, что посредниками могут выступать и не изучавшиеся здесь социальные переменные, такие как образование, материальная депривация, статусные и ролевые напряжения, социальный капитал.

Различия посреднических эффектов между двумя группами стран позволяют предположить, что их проявление зависит от того, насколько государство в своей политике ориентируется на защиту граждан, в том числе и пожилых людей. Проверка этого предположения осуществлялась с помощью двухуровневого иерархического моделирования, в котором анализировалась зависимость посреднических психологических эффектов, объясняющих возрастные неравенства в здоровье (уровень 1), от контекстуального фактора, характеризующего страны, — государственных расходов на здравоохранение (уровень 2). Это моделирование проводилось на данных опросов Европейского социального исследования (ESS Round 6), охватывающих 27 стран. С результатами моделирования можно ознакомиться в таблице 4.

Таблица 4. Психологическая медиация возрастных неравенств в здоровье в зависимости от контекстуального фактора государственных расходов на здравоохранение

Переменные, эффекты		Двухуровневая Модель	
Уровень 1		a	b
Константа		0,63***	2,26***
Пол (M = 1)		0,02***	-0,03***
Образование		0,08***	-0,44***
Профессиональный статус		0,06***	-0,14***
Возраст		-0,05***	1,62***
Индекс психологических ресурсов			-1,90***
Уровень 2			
Госрасходы на здравоохранение		0,10***	-0,67***
Интеракции между уровнями			
Госрасходы X возраст		0,19***	
Госрасходы X психологические ресурсы			-0,49
Непрямые Эффекты		Значение (CI)	
Модератор: госрасходы на здравоохранение	-1 sd	0,18 (0,12; 0,24)	
	Среднее	0,10 (0,05; 0,14)	
	+1 sd	0,00 (-0,06; 0,07)	
N		38473	

Примечание. Двухуровневая иерархическая линейная модель с эффектами медиации и модерации, зависимая переменная — оценки здоровья (1 — очень хорошее, 5 — очень плохое), значения модератора для приведенных непрямых эффектов — среднее, меньше и больше среднего на одно стандартное отклонение (-1 sd, +1 sd), уровни значимости *** $p < 0,000$, в скобках приводится 95% доверительный интервал (CI—Monte Carlo Confidence Interval), незначимые коэффициенты и эффекты выделены курсивом.

Приведенные в столбцах «а» и «б» коэффициенты подкрепляют уже известные нам зависимости — в среднем для всех стран психологические ресурсы шире распространены среди мужчин, респондентов с высокими образованием и профессиональным статусом, и их запасы снижаются к старшим возрастам. Оценки здоровья ниже у женщин, малообразованных людей, при невысоком профессиональном положении. Самочувствие отчетливо ухудшается с годами жизни и улучшается, если у человека имеются психологические ресурсы для преодоления жизненных трудностей. Заметно отличаются показатели этих ресурсов и состояния здоровья в изучавшихся странах — с ростом государственных расходов на здравоохранение более распространенными оказываются личностные качества, помогающие преодолевать стрессы, и начинают расти оценки здоровья.

Как показывает интеракция в регрессии «а», утрата психологических качеств к старшим возрастам проявляется с большей силой в странах с низкими расходами на здравоохранение, но по мере их роста эта зависимость становится менее отчетливой. Интеракция расходов с индексом психологических ресурсов свидетельствует о несколько более выраженном влиянии личностных ресурсов на здоровье в странах с высокими затратами на здравоохранение, однако такая зависимость не получает статистического обоснования, так как коэффициент оказался незначимым.

Непрямые психологические эффекты заметно отличаются при разных значениях модератора: в странах с невысокими бюджетными расходами на здравоохранение (минус одно стандартное отклонение от среднего, как правило, посткоммунистическая Европа) показатель медиации оказывается статистически значимым и равняется 0,18, тогда как при более высоких расходах (плюс одно стандартное отклонение, развитые государства Западной Европы) он становится незначимым при практически нулевой величине. Такое расхождение возникает вследствие более неравномерного распределения психологических ресурсов по возрастной структуре — их сокращения с возрастом — в странах с относительно небольшими расходами бюджета на здравоохранение, чем в государствах, где эти расходы существенно больше.

Основные результаты

Представленное исследование было посвящено психологической медиации возрастных неравенств в здоровье и ее проявлениям в разных странах Европы. Результаты показывают, что психологические ресурсы — важный фактор поддержания здоровья, обладание ими способствует улучшению самочувствия. Это — общая закономерность, которая проявляется и в странах с относительно слабым социальным государством, и в Скандинавских странах с социально-демократическим режимом социальных гарантий. Психологические качества, помогающие поддерживать здоровье, позволяют отчасти объяснить возрастные различия самочувствия. Они играют роль медиатора между возрастной структурой и связанными с ней неравенствами в здоровье — с возрастом люди начинают утрачивать психологические качества, необходимые для преодоления жизненных тягот, и это усугубляет проблемы со здоровьем у пожилых людей, вызванные естественным старением организма. Хотя медиативные эффекты были небольшими, как и следовало ожидать, учитывая, что старение организма — прежде всего био-

логический процесс, они все же оказались существенными как со статистической точки зрения, так и с содержательной. Особенно заметными такие посреднические психологические эффекты были в странах со слабым социальным государством — при восточноевропейском режиме обеспечения социальных гарантий или невысоких расходах государства на здравоохранение. В этих странах представителям уязвимых слоев, включая людей в старших возрастах, труднее сохранить психологическую уверенность в собственных силах и возможности изменений жизни к лучшему, поскольку им во многом приходится рассчитывать только на самих себя. Социально-демократический режим, предоставляя широкие социальные гарантии и равный доступ к качественным медицинским услугам, создает благоприятные условия для сохранения людьми психологических свойств, создающих дополнительные барьеры для физиологического старения и утраты здоровья.

Анализ пяти личностных свойств (автономии и контроля, оптимизма, оценки своего «я», устойчивости и состоятельности) продемонстрировал, что некоторые из них важнее для объяснения возрастных неравенств в здоровье, чем другие. В восточноевропейских странах выделяются такие качества, как устойчивость к трудностям жизни, оптимизм и состоятельность, поскольку именно они наиболее заметно ухудшаются с годами жизни. При скандинавском режиме социальных гарантий посредническую роль играет только оптимизм. За этим различием в одних и других странах не прямых эффектов стоит все то же социальное государство: при слабом режиме у пожилых людей остается мало психологических сил, чтобы противостоять нарастающим трудностям и решать возникающие проблемы, а также надеяться на перемены в лучшую сторону. Сильный режим, обеспечивающий таким людям государственную поддержку, предохраняет их от неуверенности в себе, но в отношении представлений о будущем и возможности позитивных изменений ему удается это в меньшей степени.

При рассмотрении описанных зависимостей следует иметь в виду, что психологические ресурсы — только один из возможных медиаторов возрастных неравенств в здоровье, и посредниками могут выступать и другие социальные показатели. Среди них — социальный капитал взаимоотношений с другими людьми, который может утрачиваться с возрастом, оставаясь важным ресурсом поддержания здоровья. Кроме того, важное условие сокращения социо-психологических резервов связано, вероятно, с возрастными изменениями материального благополучия: в развитых странах к старшим возрастам закрепляется достигнутый уровень жизни и, если он оказывается низким, государство обеспечивает необходимую защиту для преодоления жизненных проблем, а в странах с невысоким уровнем развития и социальных гарантий низкие пенсии могут усугублять проблемы со здоровьем, снижая уровень жизни, ограничивая доступ к качественной медицине и порождая дополнительные стрессы. Адекватную оценку психологических медиативных эффектов можно будет получить при дальнейшем развитии теоретических представлений и методологии анализа, учитывающих сложные взаимодействия между возрастом, здоровьем, социо-психологическими резервами и депривационными воздействиями в странах, отличающихся не только режимами обеспечения социальных гарантий, но и культурой, подчеркивающей важность определенных социальных отношений и психологических характеристик.

Список литературы (References)

- Русинова Н. Л., В. В. Сафронов. Проблема социальных неравенств в здоровье: сравнительное исследование России в европейском контексте // Вестник Института социологии. 2019. Т. 10. № 1. С. 139—161. <http://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>.
- Rusinova N.L., Safronov V.V. The Issue of Social Inequality in Terms of Health: A Comparative Study of Russia within the European Context. *Bulletin of the Institute of Sociology*. 2019. Vol. 10. No. 1. P. 127—147. <http://doi.org/10.19181/vis.2019.28.1.562>. (In Russ.)
- Andersson M. A. (2012) Dispositional Optimism and the Emergence of Social Network Diversity. *The Sociological Quarterly*. Vol. 53. No. 1. P. 92—115. <http://doi.org/10.1111/j.1533-8525.2011.01227.x>.
- Barlow M., Wrosch C., Heckhausen J., Schulz R. (2016) Control Strategies for Managing Physical Health Problems in Old Age: Evidence for the Motivational Theory of Life-Span Development. In Reich J. W., Infurna F. J. (eds.) *Perceived Control: Theory, Research, and Practice in the First 50 Years*. P. 281—307. New York, NY: Oxford University Press. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190257040.003.0012>.
- Beutel M. E., Glaesmer H., Decker O., Fischbeck S., Brähler E. (2009) Life Satisfaction, Distress, and Resiliency across the Life Span of Women. *Menopause*. Vol. 16. No. 6. P. 1132—1138. <http://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a857f8>.
- Beutel M. E., Glaesmer H., Wiltink J., Marian H., Brähler E. (2010) Life Satisfaction, Anxiety, Depression and Resilience across the Life Span of Men. *The Aging Male*. Vol. 13. No. 1. P. 32—39. <http://doi.org/10.3109/13685530903296698>.
- Boehm J. K., Chen Y., Koga H., Mathur M. B., Vie L. L., Kubzansky L. D. (2018) Is Optimism Associated with Healthier Cardiovascular-Related Behavior? Meta-Analyses of 3 Health Behaviors. *Circulation Research*. Vol. 122. No. 8. P. 1119—1134. <http://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.310828>.
- Chen Y., Peng Y., Xu H., O'Brien W.H. (2018). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*. Vol. 86. No. 4. P. 347—363. <http://doi.org/10.1177/0091415017720890>.
- Chopik W.J., Oh J., Kim E.S., Schwaba T., Krämer M.D., Richter D., Smith J. (2020) Changes in Optimism and Pessimism in Response to Life Events: Evidence from Three Large Panel Studies. *Journal of Research in Personality*. Vol. 88. No. 103985. <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103985>.
- Clarke P., Smith J. (2011) Aging in a Cultural Context: Cross-National Differences in Disability and the Moderating Role of Personal Control among Older Adults in the United States and England. *The Journals of Gerontology. Series B*. Vol. 66. No. 4. P. 457—467. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbr054>.
- Drewelies J., Huxhold O., Gerstorf D. (2019) The Role of Historical Change for Adult Development and Aging: Towards a Theoretical Framework about the How and the

Why. *Psychology of Aging*. Vol. 34. No. 8. P. 1021—1039. <http://doi.org/10.1037/pag0000423>.

Ehsan A., Klaas H. S., Bastiane A., Spini D. (2019) Social Capital and Health: A Systematic Review of Systematic Reviews. *SSM — Population Health*. Vol. 8. No. 100425. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100425>.

Elliot A. J., Turiano N. A., Infurna F. J., Lachman M. E., Chapman B. P. (2018) Lifetime Trauma, Perceived Control, and All-Cause Mortality: Results from the Midlife in the United States Study. *Health Psychology*. Vol. 37. No. 3. P. 262—270. <http://doi.org/10.1037/hea0000585>.

Esping-Andersen G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. London: Polity.

ESS Round 6 (2012) European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.4. NSD — Norwegian Centre for Research Data, Norway — Data Archive and distributor of ESS data for ESS ERIC. URL: <https://www.europeansocialsurvey.org/data/download.html?r=6> (accessed: 10.12.2021).

Gallagher M. W., Bentley K. H., Barlow D. H. (2014) Perceived Control and Vulnerability to Anxiety Disorders: A Meta-Analytic Review. *Cognitive Therapy and Research*. Vol. 38. No. 6. P. 571—584. <http://doi.org/10.1007/s10608-014-9624-x>.

Gallo L.C, Matthews K. A. (2003) Understanding the Association between Socioeconomic Status and Physical Health: Do Negative Emotions Play a Role? *Psychological Bulletin*. Vol. 129. No. 1. P. 10—51. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.10>.

Ganzeboom H. B.G., Treiman D.J. (2010) International Stratification and Mobility File: Conversion Tools. URL: <http://www.harryganzeboom.nl/ismf/index.htm> (accessed: 10.03.2022).

Gerstorf D., Heckhausen J., Ram N., Infurna F. J., Schupp J., Wagner G. G. (2014) Perceived Personal Control Buffers Terminal Decline in Well-Being. *Psychology and Aging*. Vol. 29. No. 3. P. 612—625. <http://doi.org/10.1037/a0037227>.

Gu D., Feng Q. (2018) Psychological Resilience of Chinese Centenarians and Its Associations with Survival and Health: A Fuzzy Set Analysis. *The Journals of Gerontology, Series B*. Vol. 73. No. 5. P. 880—889. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbw071>.

Hayes A. F. (2018) *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. Second Edition. New York, NY; London: The Guilford Press.

Heo S., Lennie T. A., Pressler S. J., Dunbar S. B., Chung M. L., Moser D. K. (2015) Factors Associated with Perceived Control and The Relationship to Quality of Life in Patients with Heart Failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 14. No. 2. P. 137—144. <http://doi.org/10.1177/1474515113519931>.

Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. (2013) *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London. URL: <https://>

www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf (accessed: 10.03.2022).

Infurna F. J., Gerstorf D. (2014) Perceived Control Relates to Better Functional Health and Lower Cardio-Metabolic Risk: The Mediating Role of Physical Activity. *Health Psychology*. Vol. 33. No. 1. P. 85—94. <http://doi.org/10.1037/a0030208>.

International Labour Office (2012) International Standard Classification of Occupations: ISCO 08. Vol. I. Geneva: ILO. URL: <https://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/> (accessed: 10.03.2022).

Jeste D. V., Savla G. N., Thompson W. K., Vahia I. V., Glorioso D. K., Martin AS., Palmer B. W., Rock D., Golshan S., Kraemer H. C., Depp C. A. (2013) Association between Older Age and More Successful Aging: Critical Role of Resilience and Depression. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 170. No. 2. P. 188—196. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12030386>.

Jiménez M. G., Montorio I., Izal M. (2017) The Association of Age, Sense of Control, Optimism, and Self-Esteem with Emotional Distress. *Developmental Psychology*. Vol. 53. No. 7. P. 1398—1403. <http://doi.org/10.1037/dev0000341>.

Kim E. S., Hagan K. A., Grodstein F., DeMeo D. L., De Vivo I., Kubzansky L. D. (2017) Optimism and Cause-Specific Mortality: A Prospective Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 185. No. 1. P. 21—29. <http://doi.org/10.1093/aje/kww182>.

Kim E. S., Park N., Peterson C. (2011) Dispositional Optimism Protects Older Adults from Stroke: The Health and Retirement Study. *Stroke*. Vol. 42. No. 10. P. 2855—2859. <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.613448>.

Kim E. S., Smith J., Kubzansky L. D. (2014) Prospective Study of the Association between Dispositional Optimism and Incident Heart Failure. *Circulation: Heart Failure*. Vol. 7. No. 3. P. 394—400. <http://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.113.000644>.

Klabbers G., Bosma H., Kempen G. I., Benzeval M., Van den Akker M., van Eijk J. T. (2014) Do Psychosocial Profiles Predict Self-Rated Health, Morbidity and Mortality in Late Middle-Aged and Older People? *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 37. No. 3. P. 357—368. <http://doi.org/10.1007/s10865-013-9493-x>.

Lachman M. E., Neupert S. D., Agrigoroaei S. (2011) The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging. In: Schaie K. W., Willis S. L. (eds.) *Handbook of the Psychology of Aging*. Elsevier Academic Press. P. 175—190. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00011-5>.

Lau S. Y. Z., Guerra R. O., Barbosa J. F. de S., Phillips S. P. (2018) Impact of Resilience on Health in Older Adults: A Cross-Sectional Analysis from the International Mobility in Aging Study (IMIAs). *BMJ Open*. Vol. 8. No. 11. e023779. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023779>.

Lee L. O., James P., Zevon E. S., Kim E. S., Trudel-Fitzgerald C., Spiro A. 3rd, Grodstein F., Kubzansky LD. (2019) Optimism Is Associated with Exceptional Longevity in 2 Epidemiologic Cohorts of Men and Women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Vol. 116. No. 10. P. 4481—4486. <https://doi.org/10.1073/pnas.1811111116>.

Sciences of the United States of America. Vol. 116. No. 37. P. 18357—18362. <https://doi.org/10.1073/pnas.1900712116>.

Lundgren O., Garvin P., Jonasson L., Andersson G., Kristenson M. (2015) 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*. Vol. 22. No. 1. P. 77—84. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9387-5>.

Matthews K. A., Gallo L. C. (2011) Psychological Perspectives on Pathways Linking Socioeconomic Status and Physical Health. *Annual Review of Psychology*. Vol. 62. P. 501—530. <http://org/doi/10.1146/annurev.psych.031809.130711>.

Mirowsky J., Ross C. E. (1998) Education, Personal Control, Lifestyle and Health. *Research on Aging*. Vol. 20. No. 4. P. 415—449. <http://doi.org/10.1177/0164027598204003>.

Nes L. S. (2016) Optimism, Pessimism, and Stress. In: Fink G. (Ed.) *Handbook of Stress: Vol. 1. Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*. San Diego: Elsevier Academic Press. P. 405—411. <http://org/doi/10.1016/B978-0-12-800951-2.00052-2>.

O'Donnell K., Brydon L., Wright C. E., Steptoe A. (2008) Self-Esteem Levels and Cardiovascular and Inflammatory Responses to Acute Stress. *Brain, Behavior, and Immunity*. Vol. 22. No. 8. P. 1241—1247. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.06.012>.

Ogihara Y. (2019) A Decline in Self-Esteem in Adults over 50 Is Not Found in Japan: Age Differences in Self-Esteem from Young Adulthood to Old Age. *BMC Research Notes*. Vol. 12. No. 1. No. 274. <http://doi.org/10.1186/s13104-019-4289-x>.

Ogihara Y., Kusumi T. (2020) The Developmental Trajectory of Self-Esteem across the Life Span in Japan: Age Differences in Scores on the Rosenberg Self-Esteem Scale From Adolescence to Old Age. *Frontiers in Public Health*. Vol. 8. No. 132. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00132>.

Orth U., Maes J., Schmitt M. (2015) Self-Esteem Development across the Life Span: A Longitudinal Study with a Large Sample from Germany. *Developmental Psychology*. Vol. 51. No. 2. P. 248—259. <http://doi.org/10.1037/a0038481>.

Orth U., Robins R. W. (2014) The Development of Self-Esteem. *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 23. No. 5. P. 381—387. <http://doi.org/10.1177/0963721414547414>.

Orth U., Robins R. W., Trzesniewski K. H., Maes J., Schmitt M. (2009) Low Self-Esteem is a Risk Factor for Depressive Symptoms from Young Adulthood to Old Age. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 118. No. 3. P. 472—478. <http://doi.org/10.1037/a0015922>.

Oliveira A. L., Silva J. T., Lima M. P. (2016) Aging and Health: Self-Efficacy for Self-Direction in Health Scale. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 50. No. 40. <http://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006312>.

Phillips S. P., Auais M., Belanger E., Alvarado B., Zunzunegui M. V. (2016) Life-Course Social and Economic Circumstances, Gender, and Resilience in Older Adults: The

Longitudinal International Mobility in Aging Study (IMIAS). *SSM — Population Health*. Vol. 2. P. 708—717. <http://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.09.007>.

Rasmussen H. N., Scheier M. F., Greenhouse J. B. (2009) Optimism and Physical Health: A Meta-Analytic Review. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 37. No. 3. P. 239—256. <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9111-x>.

Robinson S. A., Lachman M. E. (2017) Perceived Control and Aging: A Mini-Review and Directions for Future Research. *Gerontology*. Vol. 63. No. 5. P. 435—442. <http://doi.org/10.1159/000468540>.

Rockwood N. J. (2017) Advancing the Formulation and Testing of Multilevel Mediation and Moderated Mediation Models (Unpublished master's thesis). Columbus, OH: The Ohio State University. URL: <https://static1.squarespace.com/static/58d3d231893fc0bdd12db130/t/5935660659cc687cc79948c0/1496671777254/Rockwood-Thesis.pdf> (accessed: 10.03.2022).

Scheier M. F., Carver C. S. (1985) Optimism, Coping, and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*. Vol. 4. No. 3. P. 219—247. <http://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>.

Scheier M. F., Carver C. S. (2018) Dispositional Optimism and Physical Health: A Long Look Back, a Quick Look Forward. *American Psychologist*. Vol. 73. No. 9. P. 1082—1094. <http://doi.org/10.1037/amp0000384>.

Scheier M. F., Swanson J. D., Barlow M. A., Greenhouse J. B., Wrosch C., Tindle H. A. (2020) Optimism versus Pessimism as Predictors of Physical Health: A Comprehensive Reanalysis of Dispositional Optimism Research. *American Psychologist*. Vol. 76. No. 3. P. 529—548. <http://doi.org/10.1037/amp0000666>.

Schiavon C. C., Marchetti E., Gurgel L. G., Busnello F. M., Reppold C. T. (2017) Optimism and Hope in Chronic Disease: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*. Vol. 7. No. 2022. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.02022>.

Schönfeld P., Brailovskaia J., Margraf J. (2017) Positive and Negative Mental Health across the Lifespan: A Cross-Cultural Comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 17. No. 3. P. 197—206. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.06.003>.

Schwarzer R. (2014) *Self-efficacy: Thought Control of Action*. New York, NY: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315800820>.

Shen K., Zeng Y. (2010) The Association between Resilience and Survival among Chinese Elderly. *Demographic Research*. Vol. 23. No. 5. P. 105—116. <http://doi.org/10.4054/DemRes.2010.23.5>

Silverman A. M., Molton I. R., Alschuler K. N., Ehde D. M., Jensen M. P. (2015) Resilience Predicts Functional Outcomes in People Aging with Disability: A Longitudinal Investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. Vol. 96. No. 7. P. 1262—1268. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.02.023>.

Slagsvold B., Sørensen A. (2013) Changes in Sense of Control in the Second Half of Life: Results From a 5-Year Panel Study. *The International Journal of Aging and Human Development*. Vol. 77. No. 4. P. 289—308. <http://doi.org/10.2190/AG.77.4.b>.

Stamatakis K. A., Lynch J., Everson S. A., Raghunathan T., Salonen J. T., Kaplan G. A. (2004) Self-Esteem and Mortality: Prospective Evidence from a Population-Based Study. *Annals of Epidemiology*. Vol. 14. No. 1. P. 58—65. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(03\)00078-4](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(03)00078-4).

Sweeny K., Krizan Z. (2013) Sobering Up: A Quantitative Review of Temporal Declines in Expectations. *Psychological Bulletin*. Vol. 139. No. 3. P. 702—724. <http://doi.org/10.1037/a0029951>.

Tan-Kristanto S., Kiropoulos L. A. (2015) Resilience, Self-Efficacy, Coping Styles and Depressive and Anxiety Symptoms in Those Newly Diagnosed with Multiple Sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*. Vol. 20. No. 6. P. 635—645. <http://doi.org/10.1080/13548506.2014.999810>.

Taylor M. G., Carr D. (2021) Psychological Resilience and Health among Older Adults: A Comparison of Personal Resources. *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 76. No. 6. P. 1241—1250. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbaa116>.

van Kessel G. (2013) The Ability of Older People to Overcome Adversity: A Review of the Resilience Concept. *Geriatric Nursing*. Vol. 34. No. 2. P. 122—127. <http://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.011>.

Wagnild G. M., Young H. M. (1993) Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol. 1. No. 2. P. 165—178.

WHO (2014) Global Health Expenditure Atlas. World Health Organization. URL: <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en> (accessed: 29.08.2022).