

МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Н.Л. РУСИНОВА, В.В. САФРОНОВ

СОЦИАЛЬНЫЕ РИСКИ ДЕПРЕССИИ В ЕВРОПЕ И РОССИИ: ЗНАЧЕНИЕ ДЕМОГРАФИИ, ОБРАЗОВАНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО КАПИТАЛА¹

Аннотация. Исследование посвящено проблеме социальных различий психического здоровья в европейских странах. Данные опросов Европейского социального исследования 2012 г. для 27 стран и сведения о состоянии экономики, социальных расходах государства, контроле коррупции в этих странах анализировались статистическими методами двухуровневого линейного моделирования. Психическое здоровье измерялось с помощью шкалы депрессии (CES-D, сокращенный вариант). Результаты показывают, что риски депрессии заметно выше в странах с относительно невысоким уровнем общественного развития (многие бывшие коммунистические государства и средиземноморские режимы), чем в наиболее развитых северных социальных демократиях. В любой части Европы обнаруживаются отчетливые социальные различия в вероятности развития депрессивных симптомов: она существенно выше в старших возрастах, чем у молодежи, а также у менее образованных людей по сравнению с теми, кто получил хорошее образование. Степень выраженности таких неравенств неодинакова, она понижается с ростом экономического благосостояния страны и расходов государства на социальные нужды. Социальный капитал — прежде всего сети взаимодействий с близкими людьми и поддержка с их стороны —

Русинова Нина Львовна — кандидат экономических наук, заведующий сектором социологии здоровья, Социологический институт РАН.

Адрес: 190005, Санкт-Петербург, 7-я Красноармейская ул., д. 25/14.

Электронная почта: nrusinova@gmail.com

Сафронов Вячеслав Владимирович — старший научный сотрудник, Социологический институт РАН. **Адрес:** 190005, Санкт-Петербург, 7-я Красноармейская ул., д. 25/14. **Электронная почта:** vsafronov@list.ru

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ, проект № 14-03-00697, «Социальные различия здоровья в Европе и России: анализ индивидуальных и контекстуальных факторов с использованием методов многоуровневого моделирования», руководитель Н.Л. Русинова.

важнейшая переменная, объясняющая отличия в психическом здоровье. Поддержка ближнего круга особенно важна в менее развитых странах, однако многие представители уязвимых слоев населения — пожилые и малообразованные люди — именно в этих странах ее лишены. Психическое здоровье населения России отличают повышенные риски депрессии и отчетливо выраженные социальные неравенства.

Ключевые слова: психическое здоровье; риски депрессии; социальные неравенства; социальный капитал; двухуровневое моделирование; «Европейское социальное исследование».

Для цитирования: Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Социальные риски депрессии в Европе и России: значение демографии, образования и социального капитала // Социологический журнал. 2016. Том 22. № 3. С. 82–106. DOI: 10.19181/socjour.2016.22.3.4586

Проблема и состояние исследований: депрессия, социальные различия и контекст

Широкое распространение депрессивных состояний — одна из острейших проблем общественного здоровья в современном мире. Всемирная федерация психического здоровья характеризует ее как «глобальный кризис» [31]. Депрессия вносит существенный вклад в общее бремя болезней и затрагивает людей во всех странах света — по оценкам этой организации, от депрессии страдают сегодня около 350 млн человек. К числу факторов риска — наряду с генетической предрасположенностью, наличием хронических заболеваний, семейными проблемами и уязвимым положением женщин — относятся также социально-экономические неравенства, поскольку развитие психического нездоровья связано с материальным неблагополучием, бедностью и низким образованием. Частота наблюдения депрессии заметно варьирует в разных обществах, достигая в среднем 8–12% [3]. В Европе распространенность психических расстройств, согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, достаточно высока: «Из 870 млн человек, живущих в европейском регионе, около 100 млн одновременно страдают от тревоги и депрессии» [32, р. 1]. Психоневрологические расстройства по вкладу в глобальное бремя болезней занимают в этом регионе второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Одна только депрессия ведет к значительному сокращению здоровой жизни, отвечая за 6,2% общего числа лет, потерянных вследствие заболеваемости и преждевременной смертности.

Депрессия, представляя собой неврологическое расстройство, отражающее эмоциональную реакцию человека на обстоятельства личной жизни, вызывается, как многие другие аспекты нездоровья, в немалой степени и социальной средой. Проблемы, связанные с развитием депрессии, чаще встречаются у женщин по сравнению с мужчинами [2; 5; 7; 17; 22]. Депрессивная симптоматика имеет тенденцию нарастать

с возрастом [16; 26]. Многократно подтверждалась важная роль социальной поддержки в снижении депрессии [4; 9]. Кроме того, к середине 2000-х годов были накоплены факты, указывающие, что вероятность депрессии увеличивается с понижением социально-экономического статуса [13; 21].

Кроме отмеченных различий индивидуального уровня, известно также, что распространенность депрессии в разных странах неодинакова. С появлением таких сравнительных международных проектов, как «Европейское социальное исследование» (“European Social Survey”, ESS) или «Исследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе» (“The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe”, SHARE), стало возможным не только изучать социально-демографические различия и межстрановые особенности, но и анализировать с помощью статистических методов многоуровневого моделирования, как такие различия варьируют в разных общественных контекстах и от каких именно социетальных факторов это зависит.

Одно из важных направлений сравнительного изучения социальных особенностей подверженности депрессии было связано в последние годы с проблемой гендерного неравенства. Согласно результатам опросов, проведенных в 23 европейских странах (ESS 2006, шкала CES-D), в любой из них угроза депрессии выше для женщин, причем в одних обществах гендерные различия были выражены с меньшей отчетливостью, чем в других. Как правило, они были более выражены в странах Восточной и Южной Европы, чем на севере и западе континента [28]. В статье [29] (по тем же данным) рассматривалось влияние на неравенство по полу гендерной культуры: интеракции между этими переменными индивидуального и контекстуального уровней показывают, что в обществах, отличающихся большим гендерным равенством, уровни распространенности депрессии — и среди женщин, и среди мужчин — были ниже, чем в странах, в культуре которых сохранялись традиционные отношения между полами, а в некоторых подгруппах и различия между полами выравнивались.

Попытки изучения возрастных особенностей психического здоровья на микро- и макроуровне встречаются редко. Результаты свидетельствуют о неодинаковой в разных странах Европы угрозе развития депрессии у пожилых людей [8]. В другой работе (по материалам ESS), где анализировались европейские режимы обеспечения государством социальных гарантий, было показано, что негативные эффекты старения на психическое здоровье могут быть усилены (как в системах Южной и Восточной Европы), ослаблены и уравновешены (как в скандинавских социально-демократических и в консервативных режимах), или даже превращены в позитивные (как в англосаксонском типе) [19].

Кроме того, в Европе обнаруживаются заметные социально-экономические неравенства рисков депрессии, а их выраженность, как и демографических различий, неодинакова в разных странах. Предпринятый С. ван де Велде с коллегами анализ (данные ESS 2006)

продемонстрировал, что влияние социально-экономической позиции на склонность к депрессивным состояниям действительно существенно варьирует в странах Европы [28]. Этот факт был подтвержден и при изучении психического здоровья старших возрастных категорий в европейских обществах [18]. Согласно работе [19] (по материалам ESS 2006), зависимость, свидетельствующая о снижении вероятности депрессии с ростом образования, слабее выражена в наиболее экономически развитых странах с сильным социальным государством — на севере континента, а сильнее — в Восточной Европе.

Еще одна важная переменная, влияющая на общее самочувствие и психическое здоровье, — социальный капитал, под которым принято понимать сегодня разнообразные аспекты устойчивых социальных взаимодействий и установок к другим людям, сообществам. К середине 2000-х годов было установлено [10], что когнитивный социальный капитал индивидуального уровня (доверительное отношение к другим людям, чувство сплоченности и единства с другими людьми) связан обратной зависимостью с выраженностью общих психических расстройств (тревожность, депрессия); с индивидуальным структурным капиталом (вхождение человека в сети социальных взаимодействий и принадлежность к ассоциациям граждан) такой зависимости не обнаружено; контекстуальный (на уровне сообществ) капитал, как когнитивный, так и структурный, влияния не оказывал. Согласно недавней характеристике состояния дел [6], доверие индивида другим людям действительно препятствует развитию депрессивной симптоматики, участие в жизни сообщества или в волонтерской деятельности с депрессией не связано. Однако другой структурный аспект, характеризующий преодоление социальной изоляции, играет все же положительную роль, препятствуя депрессии. Сообщается также о снижении депрессии под воздействием контекстуального когнитивного капитала (доверия в сообществе соседям). В прошлогоднем обзоре научной литературы [11] также отмечается, что когнитивный социальный капитал индивида — важный фактор, предотвращающий общие психические расстройства, причем направленность причинно-следственной связи между этим капиталом и депрессивными проявлениями — от капитала к депрессии, а не наоборот, как предполагалось в некоторых работах. Структурный капитал индивида такого воздействия, как правило, не оказывает. Не было обнаружено также и контекстуального влияния структурного социального капитала. Что же касается когнитивного контекста, то здесь результаты остаются противоречивыми: в большинстве исследований не выявлено никакого эффекта, тогда как в отдельных работах сообщается о позитивном воздействии, но есть и примеры, в которых это воздействие было негативным. Большая часть этих выводов была получена либо в отдельных странах, либо при «экологическом» анализе агрегированных данных. Сравнительные исследования, в которых бы сопоставлялись эффекты, возникающие в обществах с различными экономическими, социальными и политическими условиями, крайне редки,

да и относятся они, как правило, к специфическим выборкам (мигранты в Европу [20]; пожилые люди [14]).

В целом представленный обзор научной литературы показывает, что риски депрессии неравномерно распределяются в обществе: женщины, пожилые люди, а также материально депривированные и малообразованные слои относятся к уязвимым категориям. Социальный капитал, особенно позитивные аттитюды к окружающим людям, предполагающие отношения доверия, поддержки и уважения, играет важную роль в снижении депрессивных угроз. Хотя в отдельных работах предпринимались попытки выяснить, как указанные закономерности проявляются в зависимости от социетального контекста, это направление исследований остается недостаточно разработанным, а результаты нередко оказываются противоречивыми. Особенно мало сведений о том, как социальный капитал воздействует на психическое здоровье в странах, отличающихся по состоянию экономики, развитию социального государства, эффективности управления. Прояснению некоторых из этих вопросов и будет посвящено представленное ниже исследование.

Задачи и методы исследования

Настоящая работа посвящена проблеме социальных различий психического здоровья в европейских странах. Исследования неравенства в здоровье позволяют предположить, что риски развития депрессивных состояний неодинаковы для представителей общественных страт, отличающихся по демографическим и социально-структурным характеристикам, а также по запасам социального капитала — вовлеченности индивидов в сети социальных взаимодействий, поддержки и доверительных отношений. Выраженность таких социальных различий в разных частях Европы может сильно отличаться, что свидетельствует об их зависимости от экономического благосостояния, развития социального государства и его эффективности.

Такая постановка проблемы предполагает решение трех общих задач. Во-первых, необходимо измерить состояние психического здоровья — риски депрессии — у населения стран Европы, выяснить, насколько это здоровье различается в разных ее частях, и проверить, действительно ли оно улучшается при росте национального богатства, при развитии системы государственных социальных гарантий и усилении демократического контроля, снижающего коррупцию во власти. Во-вторых, нам предстоит проанализировать риски развития депрессии в разных демографических и образовательных срезах, а также степень выраженности таких неравенств в странах, отличающихся по показателю общественного развития. В-третьих, показать, насколько существенным может быть влияние социального капитала на сохранение психического равновесия с учетом как взаимодействий в узком кругу близких и знакомых людей, так и характера отношений в широком сообществе — доверия большинству его представителей. А также предстоит

оценить, как проявляются эффекты социального капитала той и другой разновидности в странах с неодинаковым уровнем развития.

Общеввропейские закономерности, которые будут выявлены при решении этих задач, позволят лучше понять состояние психического здоровья в нашей стране и оценить степень выраженности в России социальных неравенств, связанных с рисками развития депрессии и возможностями их снижения за счет ресурсов социальной поддержки.

Эмпирические данные, которые анализировались при поиске решения этих задач, были собраны в «Европейском социальном исследовании» 2012 г. (“European Social Survey”, ESS [12]) при проведении репрезентативных национальных опросов в 27 странах (средний размер выборки — 1870 человек), включая Бельгию, Болгарию, Великобританию, Венгрию, Германию, Данию, Израиль, Ирландию, Исландию, Испанию, Италию, Кипр, Литву, Нидерланды, Норвегию, Польшу, Португалию, Россию, Словакию, Словению, Украину, Финляндию, Францию, Чехию, Швейцарию, Швецию и Эстонию. (Опросные данные взвешивались в ходе анализа с помощью переменной *pspwght*, *post-stratification weights*, которая устраняет искажения в национальной выборке, вызванные неодинаковыми вероятностями включения в нее, отображением в ней только части населения и ошибками из-за систематической склонности определенных людей к уклонению от ответов; подробнее см.: URL <http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data_1.pdf>.)

Измерение психического здоровья в ESS осуществлялось с помощью шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (Национальный институт психического здоровья США), разработанной для выявления групп населения с риском развития депрессивных расстройств (CES-D, [24]). Применялся краткий (восемь суждений) вариант этой шкалы [15] (характеристику шкалы по результатам европейских исследований см., например, в [28]). Во время интервью у респондентов выясняли, насколько часто (четыре градации оценок — от «никогда» до «постоянно») за неделю, предшествующую опросу, они: 1) ощущали подавленность, 2) чувствовали, что все дается с трудом, 3) плохо спали, 4) переживали одиночество, 5) были печальны, 6) не могли собраться, приступить к делу, 7) испытывали удовольствие от жизни и 8) были счастливы. Общие баллы рассчитывались как среднее арифметическое полученных оценок (допускалось не более трех вопросов, на которые не были даны содержательные ответы), а затем преобразовывались в шкалу депрессии, диапазон значений которой от 0 до 24 (с их ростом риски нарастают).

Переменные социальной демографии, которые использовались для проверки предположений о неравенствах психического здоровья, включали: 1) пол (женщины = 0, мужчины = 1); 2) возраст (число лет, начиная с 15) и 3) образование (общее число лет, которые респондент посвятил получению формального образования — в школе, училище, колледже, университете и т. п.).

Изучались две разновидности социального капитала, которые, как показывают исследования, могут по-разному влиять на состояние здоровья в разных общественных контекстах. Одна из них характеризует отношения индивида со своим ближайшим окружением — родственниками, друзьями и коллегами по работе, учитывая как частоту взаимодействий с ними на досуге, так и психологическую поддержку и реальную помощь с их стороны. Индекс, фиксирующий социальный капитал ближнего окружения, был сконструирован из следующих пяти анкетных индикаторов: 1) одинок респондент или нет (по вопросу о числе членов семьи), 2) есть ли у него близкие люди (и сколько их), с которыми он может обсудить личные проблемы, 3) как часто он проводит свободное время с друзьями, родственниками и коллегами, 4) насколько, как ему представляется, они его ценят и 5) в какой мере оказывают помощь, когда он в ней нуждается. Шкалы, фиксирующие эти сведения, преобразовывались так, чтобы их значения располагались в диапазоне от 0 до 1. Индекс социального капитала близкого круга рассчитывался как среднее арифметическое этих значений по пяти аспектам (при отсутствии содержательных ответов на какие-либо из вопросов индекс подсчитывался только в том случае, если их число не превышало двух).

Другая разновидность социального капитала свидетельствует о доверии человека другим людям, о его отношении к широкому социальному сообществу, объединенному понятием «большинство людей». Такое отношение измеряется в ESS с помощью трех вопросов (ответы даются по шкалам от 0 до 10): 1) можно ли доверять большинству людей или же следует относиться к ним с большой осторожностью, 2) склонны ли люди к обману или следует ожидать, что они будут вести себя честно, и 3) стараются ли они в большинстве случаев оказать помощь или, напротив, заботятся только о себе. Индекс социального доверия — среднее арифметическое шкальных оценок, фиксирующих эти аттитуды (допускалось отсутствие ответа только на один из трех вопросов).

В дальнейшем анализе все переменные социальной демографии и социального капитала преобразовывались в шкалы, изменяющиеся от 0 до 1. Это позволяет напрямую сопоставлять коэффициенты, характеризующие степень их влияния на склонность к депрессии (такой подход при многоуровневом моделировании используется, например, в [30]).

Эти переменные позволяют зафиксировать различия психического здоровья на индивидуальном (первом) уровне — между участниками опросов, отличающимися по полу, возрасту, образованию и социальному капиталу. Такие различия, как предполагается в нашем исследовании, зависят от контекста (второй уровень) — от особенностей экономики и политики в странах, в которых проживают индивиды. Контекстуальный фактор, который будет учитываться в нашем анализе, — индекс общественного развития страны. Он сконструирован из трех достаточно тесно взаимосвязанных показателей, говорящих: 1) о состоянии экономики (валовой национальный доход на душу населения — World Bank, GNI

per capita, PPP int. \$, 2012; см.: URL <<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.МКТР.РР.СД>>), 2) о социальной направленности государственной политики (расходы правительства на укрепление здоровья в душевом исчислении — World Health Organization, Per capita government expenditure on health, PPP int. \$, 2012; см.: URL: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.78?lang=en>>) и 3) о демократическом контроле властей, предотвращающем коррупцию (контроль коррупции — World Bank, Worldwide Governance Indicators, WGI, Control of Corruption, 2012; см.: URL <<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#home>>). Индекс развития представляет собой среднее арифметическое значение этих трех показателей (преобразованных в шкалы от 0 до 1).

Статистический аппарат, позволяющий анализировать данные представленного типа (индивиды со своими социальными особенностями, соотнесенные со странами, которые описывают контекстуальные факторы), относится к методам двухуровневого линейного моделирования. Такое моделирование осуществлялось с помощью специализированного пакета программ — HLM (Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling, см. [25]; при описании результатов употребляются обозначения, принятые в этой книге). В нашем исследовании осуществлено построение моделей со случайными коэффициентами и интеракциями между переменными 1-го уровня (индивидуальные различия) и фактором 2-го уровня (контекстуальные отличия между странами).

Психическое здоровье в европейском контексте

Распространенность депрессивных симптомов среди населения европейских стран сильно варьирует, заметно снижаясь по мере повышения уровня их общественного развития. Об этом свидетельствует рисунок 1, на котором средние оценки шкалы депрессии для изученных стран (изменяющейся от 0 до 24) упорядочены в зависимости от значений индекса общественного развития (отражающего в диапазоне от 0 до 1 состояние экономики, уровень развития социального государства и его эффективность, то есть способность контролировать коррупцию).

Самые высокие показатели распространения признаков депрессии характерны для относительно менее развитых — по европейским меркам — государств, к числу которых относятся многие представители бывшего социалистического лагеря, а также средиземноморских стран. Так, среднее значение шкалы депрессии в Венгрии достигает 8,02, чуть ниже оно на Украине — 7,74, в России — 7,17 и в Литве — 7,14, далее идут Чехия — 6,98, Италия — 6,84, Болгария — 6,72, Словакия — 6,59, Эстония — 6,49, Португалия — 6,42 и Испания — 6,16. Низкие значения этой шкалы встречаются, как правило, в наиболее развитых странах. Минимальный показатель оказался у Норвегии — 3,98, несколько выше он в Дании — 4,50, в Ирландии — 4,51 и в Исландии — 4,52, а также в Швеции — 4,63, в Нидерландах — 4,67, в Словении — 4,68, в Швейцарии — 4,69 и в Финляндии — 4,72.

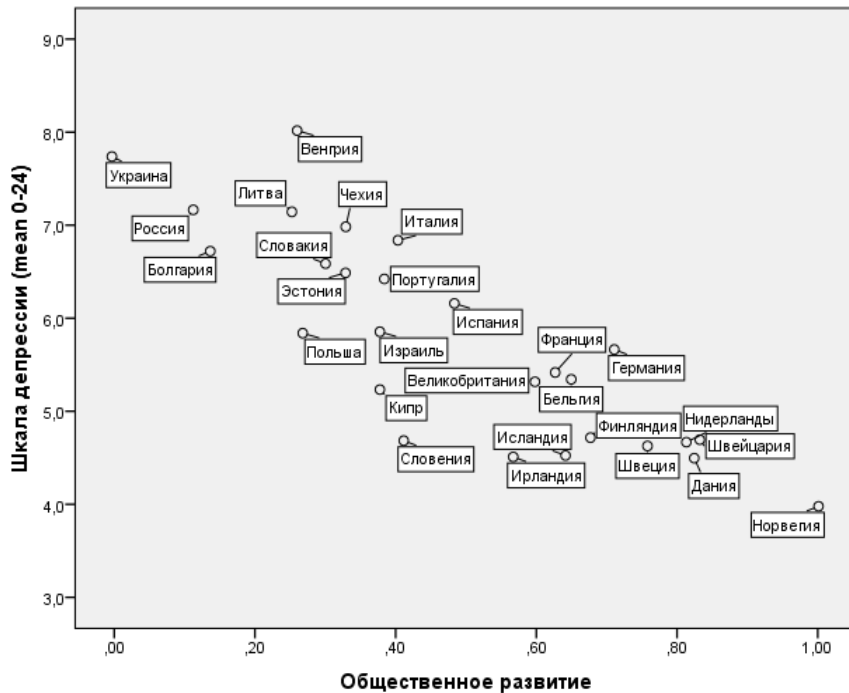


Рис. 1. Состояние психического здоровья в европейских странах

Материальные лишения, которые приходится испытывать большинству населения в менее развитых регионах Европы, и недостаточная социальная защита со стороны государства порождают, надо полагать, систематические стрессовые воздействия, способствующие распространению в обществе депрессивных симптомов. Это утверждение в полной мере относится к России. Риски депрессии в нашей стране оказались одними из самых высоких в Европе, а уровень ее развития заметно отстает от уровня передовых государств, имеющих сильные экономику, социальное государство, а также власть, которая действует в интересах общества.

Вполне вероятно, что риски развития депрессии отличаются не только между странами, они неодинаковы и для представителей разных общественных слоев. Какие же из этих представителей являются наиболее уязвимыми к таким рискам? И что может от них защитить?

Влияние демографических и образовательных различий на риски депрессии

Социальная демография играет важную роль в неравномерности распределения депрессивных угроз среди жителей европейских государств. В таблице 1 приведены результаты двухуровневого линейного моделирования, которые позволяют оценить степень выраженности этих угроз (по

шкале депрессии) в гендерном и возрастном срезе, а также у людей с неодинаковым уровнем образования (по показателю числа лет, посвященных обучению в формальных образовательных учреждениях), с учетом того, что влияние этих переменных может отличаться в разных странах.

Модель 1 (со случайными коэффициентами) показывает, что, как правило, мужчины несколько менее склонны к депрессии, чем женщины, с возрастом риски возникновения депрессии возрастают, они существенно выше для тех, кто не получил хорошего образования, по сравнению с высокообразованными людьми, — все три гамма-коэффициента для указанных переменных статистически значимы ($p < 0,000$). Причем, как свидетельствуют уровни значимости для дисперсий этих коэффициентов, воздействие на психическое равновесие каждой из них — особенно образования и возраста — варьирует в разных регионах Европы ($p < 0,000$).

Таблица 1

Шкала депрессии: контекстуальные различия по полу, возрасту и образованию (двухуровневые модели со случайными коэффициентами и интеракциями между уровнями)

Переменные	Модель 1			Модель 2		
	γ	T-ratio	Sig.	γ	T-ratio	Sig.
УРОВЕНЬ 1						
Intercept	5,79	26,5	0,000	5,79	54,2	0,000
Пол (М)	-0,84	-11,7	0,000	-0,84	-11,9	0,000
Возраст	2,45	5,5	0,000	2,46	11,3	0,000
Образование	-3,37	-8,5	0,000	-3,37	-11,2	0,000
УРОВЕНЬ 2						
Индекс общественного развития				-4,01	-12,7	0,000
ИНТЕРАКЦИИ						
Индекс X Пол				0,28	1,5	0,140
Индекс X Возраст				-8,23	-11,4	0,000
Индекс X Образование				5,54	3,7	0,001
ДИСПЕРСИИ						
	U	Sig.		U	% Exp.	
Intercept	1,328	0,000		0,325	76	
Влияние пола	0,110	0,000		0,112	0	
Влияние возраста	5,436	0,000		1,178	78	
Влияние образования	3,997	0,000		2,144	46	

Примечание. Метод оценивания: full maximum likelihood. Переменные 1-го уровня центрированы относительно средних значений в каждой из стран. Фиксированные эффекты оценивались с учетом робастных стандартных ошибок. Доля объясненной дисперсии (% Exp.) при сравнении модели 2 с моделью 1: N1 (индивиды) = 50 060; N2 (страны) = 27.

В модели 2 переменные социальной демографии 1-го уровня дополняются на 2-м уровне (различия между странами) фактором общественного развития и его интеракциями с каждой из этих переменных. Высокий уровень развития экономики, социального государства и демократического контроля за действиями властей способствует, как показывает гамма-коэффициент, равный $-4,01$ ($p < 0,000$), существенному сокращению психологического неблагополучия у жителей наиболее продвинутых европейских государств по сравнению с менее развитыми странами, что статистически подкрепляет закономерность, описанную в предыдущем разделе. Включение в уравнение фактора общественного развития позволяет объяснить 76% дисперсии интерсепта, то есть различий в распространенности депрессивных симптомов между изученными странами (доля объясненной дисперсии для каждого из коэффициентов рассчитывалась по формуле: $\% \text{Exp.} = ((U(\text{Модель } 1) - U(\text{Модель } 2)) * 100 / U(\text{Модель } 1))$; см. [25, p. 85]).

Кроме того, воздействие этого фактора было неодинаковым для различных слоев населения. Если весьма скромные гендерные отличия (мужчины выигрывают у женщин менее одного пункта шкалы депрессии) были характерны для любой из ESS стран, то гораздо более отчетливые неравенства по возрасту и образованию, особенно заметные в странах с низкими показателями индекса общественного развития, начинают все больше сокращаться по мере роста значений этого индекса. Об этом говорят гамма-коэффициенты, фиксирующие интеракции уровня развития страны с возрастом ($-8,23$, $p < 0,000$) и с образованием ($5,54$, $p < 0,001$). При учете этих интеракций удается объяснить значительную долю различий в степени влияния этих переменных на риски депрессии в разных странах: объясненная дисперсия для влияния возраста составляет 78%, а для образования — 46%.

Описанные зависимости проиллюстрированы на рисунке 2 (графики рассчитаны по уравнениям, характеризующим модель 2 в таблице 1).

На приведенных графиках отчетливо видно, что сокращение неравенств в психическом здоровье, обусловленных возрастом и образованием, происходит — при повышении уровня общественного развития страны — за счет более быстрого улучшения самочувствия пожилых людей по отношению к молодым, а также самочувствия менее образованных по сравнению с теми, кто получил хорошее образование (рассматриваются усредненные значения для нижнего и верхнего квартилей). Так, при переходе от наименьших к наибольшим значениям индекса, отображенного на оси абсцисс, показатель депрессии у представителей младших возрастов снижается с 5,96 до 4,22, тогда как в старших когортах — с 9,64 до 3,21, так что разрыв между этими категориями, достигавший 3,68 балла, не только полностью нивелируется, но и становится обратным — небольшой выигрыш в самых продвинутых странах получают старшие поколения. Сходным образом средние значения по шкале депрессии у наиболее образованных граждан понижаются между полюсами индекса с 6,50 до 3,62, а у наименее образованных — с 8,95 до 3,83.

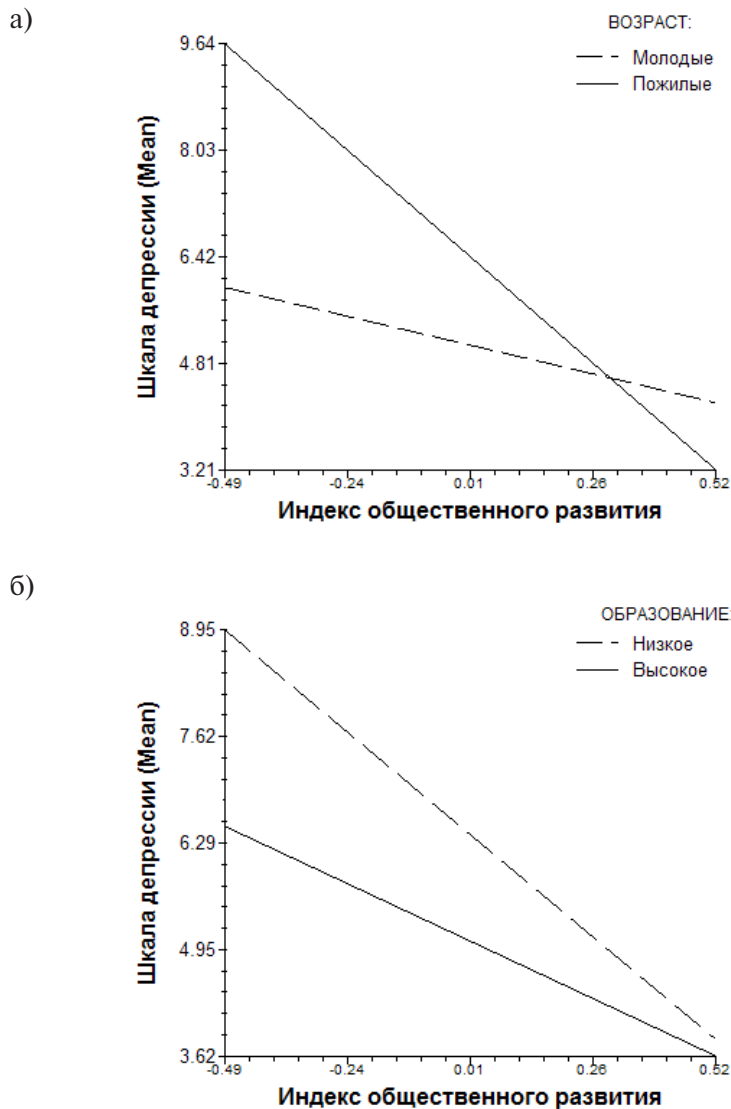


Рис. 2. Влияние возрастных (а) и образовательных (б) различий на формирование рисков депрессии в странах с разным уровнем общественного развития

Примечание. Возраст: молодые/пожилые; образование: низкое/высокое — усредненные значения для нижнего/верхнего квартилей распределения этих переменных.

Таким образом, уязвимым с точки зрения рисков депрессии слоям, представленным пожилыми людьми и нижними стратами общественной иерархии, удастся в наиболее развитых экономически социаль-

ных демократиях сохранять психическое здоровье на гораздо более высоком уровне, чем их собратьям по положению в демографической и социальной структурах из менее продвинутых государств, многие из которых — бывшие коммунистические (и средиземноморские) страны. Сильная система государственных социальных гарантий, характерная для развитых демократий, предохраняет от распространения в обществе депрессивных настроений, обеспечивая поддержку уязвимым слоям. Не исключено также, что сокращение возрастных и образовательных неравенств, наблюдаемое при повышении уровня развития страны, связано не только с ускоренным улучшением самочувствия людей старших возрастов и низкого социального положения, но и с менее динамичным его изменением к лучшему среди молодых и наиболее образованных категорий населения из-за усиления в постиндустриальном обществе стрессовых нагрузок именно на эти категории.

В России значительная часть населения страдает от низкого уровня жизни и не может рассчитывать на получение серьезной поддержки со стороны государства, так что возрастные и образовательные неравенства рисков депрессии в нашем обществе выражены особенно отчетливо и заметно превышают соответствующие показатели, зафиксированные в наиболее развитых странах.

Защита от депрессии: социальный капитал

Вовлеченность индивидов в сети социальных взаимодействий с друзьями, родственниками и знакомыми и поддержка с их стороны, а также доверие многим другим людям согласно теории социального капитала могут способствовать смягчению негативных последствий для здоровья, обусловленных как нехваткой материальных и психологических ресурсов при невысоком положении в социальной структуре, так и стрессами, вызываемыми относительной депривацией, уверенностью людей в несправедливом распределении таких ресурсов в обществе. Высказывалось предположение, согласно которому социальный капитал поддержки со стороны ближайшего окружения может оказаться особенно важным в странах с относительно невысоким уровнем благосостояния и социальных гарантий со стороны государства, тогда как взаимное доверие между членами общества способно в социально-демократических режимах, отличающихся высоким уровнем развития как экономики, так и социальной защиты, снижать чувство несправедливости обеспечения социальных гарантий (см., например: [27]).

Проверка этих предположений применительно к состоянию психического здоровья осуществлялась, как и в предшествующем разделе, с помощью статистических методов двухуровневого линейного моделирования, результаты которого сведены в таблицу 2.

В модели 3, представленной в этой таблице, анализировались две переменные социального капитала индивидуального уровня, описанные в методологическом разделе. Напомним: одна из них — ин-

теграция в социальные сети близкого круга лиц (человек не одинок, ему есть с кем обсудить личные проблемы, он регулярно проводит досуг с друзьями, родственниками, коллегами) и поддержка с их стороны (уважительное отношение и уверенность в получении помощи). Другая — доверие большинству людей (уверенность, что они не обманут, помогут в трудной ситуации, что им можно доверять).

Таблица 2

Риски депрессии: контекстуальные особенности влияния социального капитала (двухуровневые модели с интеракциями между переменными 1-го и 2-го уровней)

ПЕРЕМЕННЫЕ	Модель 3			Модель 4		
	γ	T-ratio	Sig.	γ	T-ratio	Sig.
УРОВЕНЬ 1						
Intercept	5.89	52.9	.000	5.89	53.7	.000
Пол (М)				-0.88	-13.5	.000
Возраст				0.99	5.7	.000
Образование				-2.16	-9.5	.000
Поддержка близкого круга	-10.67	-48.9	.000	-9.84	-42.6	.000
Доверие большинству людей	-2.85	-12.8	.000	-2.66	-12.5	.000
УРОВЕНЬ 2						
Индекс общественного развития	-4.07	-12.8	.000	-4.19	-12.7	.000
ИНТЕРАКЦИИ						
Индекс X Пол				0.16	1.0	.349
Индекс X Возраст				-6.57	-12.8	.000
Индекс X Образование				5.24	4.8	.000
Индекс X Поддержка близких	6.73	8.4	.000	2.71	3.6	.002
Индекс X Доверие людям	-1.99	-2.2	.041	-1.82	-2.2	.036

Примечание. Метод оценивания: full maximum likelihood. Переменные 1-го уровня центрированы относительно средних значений в каждой из стран. Фиксированные эффекты оценивались с учетом робастных стандартных ошибок. N1 (индивиды) (модель 3) = 50 507; N1 (индивиды) (модель 4) = 49 977; N2 (страны) = 27.

Здесь уместно отметить, что в любой из изученных стран большинство обладает значительными ресурсами, характеризующими социальный капитал отношений с ближайшим окружением, и различия между ними сравнительно невелики. Но все же вопреки расхожему мнению, которое опирается на представление об ослаблении социальных связей в процессе общественной модернизации и о все большем недостатке социального капитала в наиболее развитых странах Запада [23], его запасы, характеризующие связи с близкими и знакомыми — диапазон

изменений от 0 (отсутствие капитала) до 1 (его изобилие), — оказались несколько выше в развитых социальных демократиях (в Швеции, Дании, Норвегии, Швейцарии, Исландии, занимающих самые высокие позиции по этому показателю, его значения равны 0,75–0,77), чем в посткоммунистических обществах, располагающихся на противоположном полюсе упорядоченного по убыванию индекса ряда (для Венгрии, России, Литвы, Эстонии и Украины этот показатель равен 0,63–0,66). С гораздо большей отчетливостью выражены различия между европейскими обществами по распространенности в них доверия к людям. Причем в наибольшей мере это свойственно опять же таким странам, как Дания, Норвегия, Финляндия, Исландия, Швеция, Нидерланды (индекс доверия по убыванию 0,68–0,60), а в наименьшей — представителям бывшего коммунистического лагеря (и менее развитым государствам южной Европы): Болгарии, Кипру, Португалии, Словакии, Польше, Украине, Италии, Чехии и России (значения по возрастанию индекса 0,36–0,47).

Кроме двух описанных переменных социального капитала 1-го уровня, в уравнение модели 3 был включен уже известный нам фактор 2-го уровня, фиксирующий различия между странами по уровню общественного развития, и учитывались межуровневые интеракции. Отрицательные гамма-коэффициенты для обоих индексов социального капитала ($p < 0,000$) свидетельствуют о том, что при его наличии риски депрессии становятся менее вероятными. Особенно важную роль в защите от депрессивных состояний играют близкие люди и их поддержка² (гамма-коэффициент равен -10,67, то есть в среднем по странам у тех людей, которые вовсе лишены этого капитала, показатель шкалы депрессии почти на 11 пунктов выше, чем у респондентов, которые наделены им в самой полной мере). Но и доверие людям — важное условие такой защиты (гамма-коэффициент равен -2,85).

Предварительный анализ показал, что влияние обеих переменных социального капитала неодинаково в разных регионах Европы (статистически значимые на высоком уровне дисперсии для соответствующих случайных коэффициентов). Рассмотрение их интеракций с индексом общественного развития позволяет прояснить, в каких странах важна та или иная разновидность социальных отношений. Значительный по величине положительный коэффициент, характери-

² Во время поисковой стадии моделирования социальный капитал близкого круга был представлен не только интегральным индексом, учитывающим индикаторы вхождения в социальные сети и показатели психологической и реальной поддержки, но и двумя отдельными переменными, фиксирующими эти аспекты. Результаты показывают, что снижение угрозы депрессии связано в значительной мере с фактором поддержки, но и погружение в сети играет важную роль. В то же время при соединении этих переменных в индекс его влияние на депрессию проявляется наиболее отчетливо.

зующий взаимодействие этого индекса с показателем «поддержка близкого круга» (6,73, $p < 0,000$), указывает на снижающееся воздействие на психическое здоровье данной разновидности социального капитала при повышении уровня развития страны. Небольшая отрицательная, но статистически значимая гамма, полученная для интеракции нашего фактора 2-го уровня и индекса доверия людям (-1,99, $p < 0,041$), свидетельствует об усилении позитивной роли такого доверия в странах с более высокими значениями индекса развития. В наглядном виде эти результаты представлены на рисунке 3 (зависимости рассчитаны с помощью модели 3).

Как видно на рисунке 3а, в наименее развитых странах поддержка близкого круга существенно сокращает угрозу депрессии (значения шкалы для показателей дефицита/достатка капитала, соответствующих усредненным значениям нижнего/верхнего квартилей переменной «поддержка близких», равняются соответственно 10,90 и 5,47). При продвижении к более высокому уровню общественного развития этот разрыв заметно сокращается (5,34 и 2,55 в наиболее развитых государствах), причем это сокращение происходит за счет больших позитивных изменений у тех, кто не может рассчитывать на помощь со стороны близких. В наиболее продвинутых странах оказание такого рода помощи в какой-то мере берет на себя государство — развитая система социальных гарантий предотвращает развитие депрессии у тех, кто нуждается в поддержке.

Социальное доверие, согласно рисунку 3б, тоже в определенной мере способствует укреплению психического здоровья, причем, как и предполагалось, такая зависимость усиливается по мере роста индекса общественного развития (при самых низких его значениях выигрыш у тех, кто доверяет большинству людей, составляет около одного пункта шкалы депрессии, а при самых высоких — уже более двух пунктов).

Следующий аналитический ход связан с тем обстоятельством, что социальный капитал неравномерно распределяется в обществе: его недостает, особенно в отстающих по развитию странах, как раз тем, кто в нем нуждается для поддержания здоровья, — представителям наиболее уязвимых слоев, включая пожилых людей и тех, кто занимает нижние уровни в общественной стратификации (о подтверждении этой закономерности по материалам ESS см. [1]). Поэтому нам необходимо будет убедиться в том, что социальный капитал выступает важной самостоятельной переменной снижения рисков депрессии, продолжая оказывать на них воздействие даже после контроля социальной демографии. Это позволяет создать модель 4 (см. табл. 2), уравнение которой объединяет все эффекты, рассматриваемые до сих пор по отдельности: социальной демографии и социального капитала (на индивидуальном уровне), а также общественного развития (социетальный уровень) и интеракций между переменными этих двух уровней.

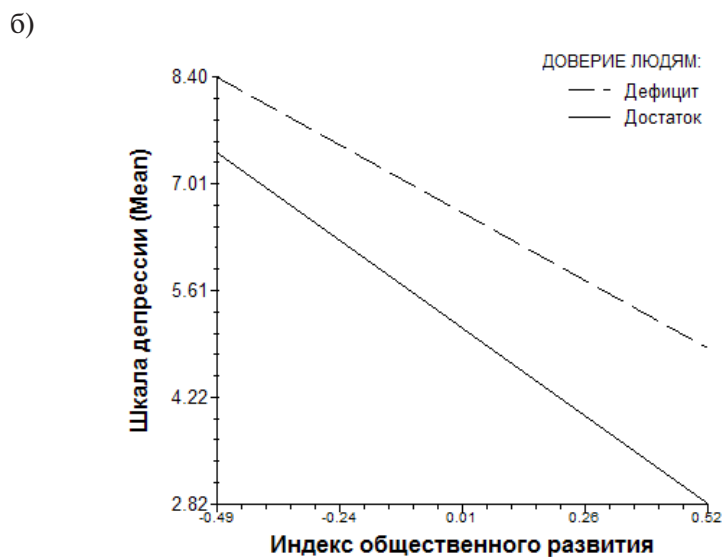
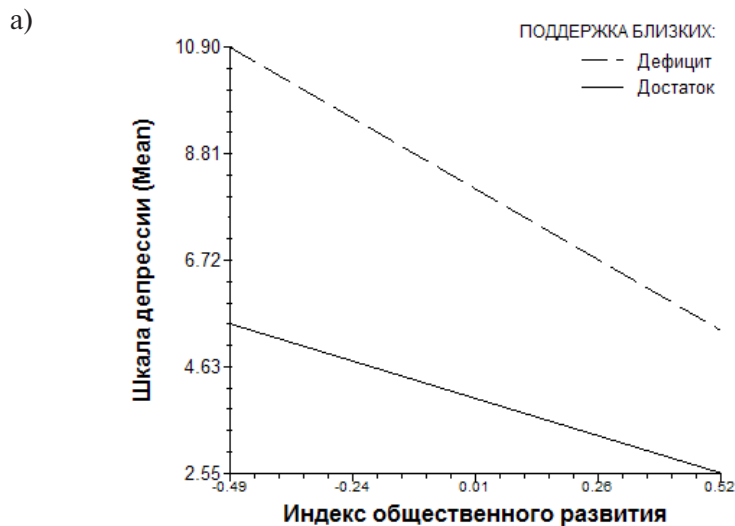


Рис. 3. Выраженность депрессивных симптомов: роль социального капитала близкого круга (а) и доверия людям (б) в странах Европы с разным уровнем развития

Примечание. Дефицит/достаток — усредненные значения для нижнего/верхнего квартилей распределения переменных социального капитала.

Результаты моделирования показывают, что при контроле демографии гамма-коэффициенты, свидетельствующие о роли обеих переменных социального капитала (основные эффекты), немного снижаются. Тем не менее они вносят наибольший вклад в предот-

вращение рисков депрессии: при контроле социальной демографии объясненная дисперсия зависимой переменной (дисперсия 1-го уровня) составляет лишь 8%, тогда как с добавлением наших показателей социального капитала она увеличивается еще на 12% и становится равной 20%. В любой из изученных стран обладание социальным капиталом способствует сохранению психического равновесия, причем такое влияние оказывается особенно сильным, когда речь идет о таких переменных, как уважение и поддержка в близком кругу.

При включении демографических переменных дифференцированные эффекты социального капитала поддержки близких — большая его значимость в менее продвинутых странах — становятся гораздо менее выраженными: гамма для соответствующей интеракции снижается с 6,73 до 2,71, но остается статистически значимой ($p < 0,002$). Коэффициент для интеракции переменных «доверие людям» и «уровень развития» тоже снижается, но совсем незначительно, так что высказанное предположение о большей значимости этой формы капитала в наиболее развитых странах остается в силе. Оказалось также, что при контроле социального капитала возрастные и образовательные неравенства, описанные в предшествующем разделе, заметно сокращаются (изменение гамма-коэффициента для возраста составляет 60%, а для образования — 36%). Приведенные факты подтверждают предположение о дефиците социальной поддержки со стороны близких людей в уязвимых общественных стратах менее развитых государств.

В России, как и в других странах Европы, социальный капитал, особенно поддержка со стороны близких людей, является важным средством противодействия угрозе депрессии. Однако наиболее уязвимые слои в нашей стране не могут в полной мере использовать компенсаторные ресурсы этого капитала, поскольку его распределение в российском обществе более тесно связано с возрастной и образовательной структурами, чем в западных социальных демократиях, что свидетельствует о его недостатке у представителей менее благополучных слоев.

Основные результаты

Анализ угроз распространения депрессии в европейских обществах показывает, что состояние психического здоровья проживающего в них населения заметно разнится. В отстающих странах, отличающихся относительно невысоким уровнем развития экономики, слабым социальным государством и недостаточным демократическим контролем за действиями властей, риски развития депрессивных симптомов были гораздо выше, чем в наиболее продвинутых в указанных отношениях обществах. К числу первых относятся многие бывшие коммунистические государства, а также средиземноморские страны, тогда как вторые представлены северными — прежде всего скандинавскими — социальными демократиями.

Во всех странах можно обнаружить отчетливые социальные различия в вероятности развития депрессивных симптомов. Эта вероятность немного выше для женщин по сравнению с мужчинами, существенно

выше — для пожилых людей и для тех, кто занимает низкие позиции в социальной структуре. В то же время степень выраженности в той или иной стране социальных неравенств — по возрасту и образованию — обусловлена уровнем ее общественного развития. С ростом этого уровня неравенства рисков депрессии становятся все менее отчетливыми. Социально-демократические режимы, характерные для наиболее развитых стран, снижают эти риски благодаря обеспечению широких социальных гарантий для уязвимых слоев населения.

Социальный капитал является ключевым фактором, объясняющим различия между людьми в психическом здоровье. Снижению депрессивных настроений в любой из изученных стран в значительной мере способствует та разновидность этого капитала, которая характеризует тесноту взаимодействий индивида с друзьями, родственниками, коллегами и, главное, возможность получения психологической поддержки и реальной помощи с их стороны. Поддержка ближнего круга особенно важна в менее развитых странах, однако многие представители уязвимых слоев населения — пожилые и малообразованные люди — именно в этих странах ее лишены. Определенное значение имеет и другая разновидность капитала социальных отношений — доверие большинству людей, которое также поддерживает психическое здоровье, причем с чуть большей отчетливостью в развитых социальных демократиях.

Психическое здоровье населения России, как и других посткоммунистических стран, отстающих по уровню общественного развития от укорененных социальных демократий, является одним из наиболее неблагоприятных в Европе. В нашей стране с гораздо большей отчетливостью, чем в развитых западных обществах, проявляются и социальные неравенства, характеризующие состояние психического здоровья в младших и старших возрастных когортах, в менее образованных и получивших хорошее образование странах.

Невысокий уровень жизни многих российских граждан и недостаточная социальная поддержка государством уязвимых слоев способствуют повышенным и длительным стрессовым воздействиям, создающим предпосылки для развития у них депрессивных состояний. Социальный капитал, особенно поддержка со стороны людей из ближнего окружения, который является важным средством противодействия распространению депрессивных симптомов, может лишь отчасти способствовать улучшению психического состояния этих слоев в России, поскольку именно у них капитал социальной помощи в дефиците.

ЛИТЕРАТУРА

1. Русинова Н.Л., Сафронов В.В. Значение социального капитала для здоровья в странах Европы // Журнал социологии и социальной антропологии. 2014. № 3. С. 112–133.

2. *Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha I.S., Bryson H., et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004. Vol. 109 (S 420). P. 21–27.
3. *Andrade L.H., Berglund P.A., Bijl R.V., et al.* The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003. Vol. 12 (1). P. 3–21. Date of access 08.08.2016. DOI: 10.1002/mpr.138
4. *Aneshensel C.S., Stone J.D.* Stress and Depression: A Test of the Buffering Model of Social Support // *Archives of General Psychiatry*. 1982. Vol. 39 (12). P. 1392–1396. DOI: 10.1001/archpsyc.1982.04290120028005
5. *Ayuso-Mateos J.L., Vázquez-Barquero J.L., Dowrick C., Lehtinen V., Dalgard O.S., Casey P., Wilkinson C., Lasa L., Page H., Dunn G., Wilkinson G.; ODIN Group.* Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study // *The British Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 179 (4). P. 308–316. DOI: 10.1192/bjp.179.4.308
6. *Bassett E., Moore S.* Mental Health and Social Capital: Social Capital as a Promising Initiative to Improving the Mental Health of Communities // *Current Topics in Public Health* / Ed. by A.J. Rodriguez-Morales. Rijeka, Croatia: InTech, 2013. P. 685–707.
7. *Börsch-Supan A., Brugiavini A., Jürges H., Mackenbach J., Siegrist J., Weber G.* (eds). Health, ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. — 370 p.
8. *Castro-Costa E., Dewey M., Stewart R., Banerjee S., Huppert F., Mendonca-Lima C., Bula C., Reisches F., Wancata J., Ritchie K., Tsolaki M., Mateos R., Prince M.* Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study // *The British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 191 (5). P. 393–401. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.036772
9. *Coyne J.C., Downey G.* Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes // *Annual Review of Psychology*. 1991. Vol. 42. P. 401–425. DOI: 10.1146/annurev.ps.42.020191.002153
10. *De Silva M.J., McKenzie K., Harpham T., Huttly S.A.* Social capital and mental illness: a systematic review // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. Vol. 59 (8). P. 619–627. DOI: 10.1136/jech.2004.029678
11. *Ehsan A.M., De Silva M.J.* Social capital and common mental disorder: a systematic review // *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015. Vol. 69 (10). P. 1021–1028. DOI: 10.1136/jech-2015-205868
12. *ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data.* Data file edition 2.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data, 2012.
13. *Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T.* The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005. Vol. 1:14. DOI: 10.1186/1745-0179-1-14
14. *Gibney S., McGovern M.* Social Networks and Mental Health: Evidence from Share. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of

- America. San Francisco, CA, 2012. May, 3–5 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <<http://paa2012.princeton.edu/papers/122092>>.
15. *Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J.* European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London, 2013 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf>.
 16. *Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C.* The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability // *Journal of Community Health*. 1990. Vol. 15 (2). P. 93–104. DOI: 10.1007/BF01321314
 17. *Kessler R.C., Mcgonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B.* Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence // *Journal of Affective Disorders*. 1993. Vol. 29 (2–3). P. 85–96. DOI: 10.1016/0165-0327(93)90026-G
 18. *Kok R., Avendano M., Bago d’Uva T., Mackenbach J.* Can Reporting Heterogeneity Explain Differences in Depressive Symptoms Across Europe? // *Social Indicators Research*. 2012. Vol. 105 (2). P. 191–210. DOI: 10.1007/s11205-011-9877-7
 19. *Levecque K., Van Rossem R., De Boyser K., Van de Velde S., Bracke P.* Economic Hardship and Depression across the Life Course: The Impact of Welfare State Regimes // *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52 (2). P. 262–276. DOI: 10.1177/0022146510394861
 20. *Levecque K., Van Rossem R.* Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries // *Ethnicity and Health*. 2015. Vol. 20 (1). P. 49–65. DOI: 10.1080/13557858.2014.883369
 21. *Lorant V., Delière D., Eaton W., Robert A., Philippot P., Ansseau M.* Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-analysis // *American Journal of Epidemiology*. 2003. Vol. 157 (2). P. 98–112. DOI: 10.1093/aje/kwf182
 22. *Piccinelli M., Wilkinson G.* Gender differences in depression: Critical review // *The British Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 177 (6). P. 486–492. DOI:10.1192/bjp.177.6.486
 23. Putnam R.D. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster, 2000. — 541 p. DOI: 10.1145/358916.361990
 24. *Radloff L.S.* The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population // *Applied Psychological Measurement*. 1977. Vol. 1 (3). P. 385–401. DOI: 10.1177/014662167700100306
 25. *Raudenbush S.W., Bryk A.S.* *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. — 485 p.
 26. *Roberts R.E., Kaplan G.A., Shema S.J., Strawbridge W.J.* Does Growing Old Increase the Risk for Depression? // *The American Journal of Psychiatry*. 1997. Vol. 154 (10). P. 1384–1390. DOI: 10.1176/ajp.154.10.1384

27. *Rostila M.* Social Capital and Health Inequality in European Welfare States. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. — 253 p. DOI: 10.1057/9781137305664
28. *Van de Velde S., Bracke P., Levecque K.* Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression // *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 71 (2). P. 305–313. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035
29. *Van de Velde S., Huijts T., Bracke P., Bambra C.* Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe // *Sociology of Health & Illness*. 2013. Vol. 35 (5). P. 682–698. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x
30. *Welzel C.* Freedom Rising: Human Empowerment and the Quest for Emancipation. New York: Cambridge University Press, 2013. — 472 p. DOI: 10.1017/CBO9781139540919
31. *World Federation for Mental Health* (2012). Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day, October, 10, 2012 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf>.
32. *World Health Organization, Regional Office for Europe.* Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf>.

Дата поступления: 16.01.2016.

SOTSILOGICHESKIY ZHURNAL = SOCIOLOGICAL JOURNAL
2016. VOL. 22. NO. 3. P. 82–106. DOI: 10.19181/socjour.2016.22.3.4586

N.L. RUSINOVA, V.V. SAFRONOV

Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences,
St Petersburg, Russian Federation.

Nina L. Rusinova — Candidate of Economic Sciences, Head of the Sociology of Health Department, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences.

Address: 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation.

Phone: +7 (812) 316-75-68. **Email:** nrusinova@gmail.com

Viacheslav V. Safronov — Senior Fellow, Sociological Institute of the Russian Academy of Sciences. **Address:** 25/14, 7th Krasnoarmeyskaya str., 190005, St Petersburg, Russian Federation. **Phone:** +7 (812) 316-34-36.

Email: vsafronov@list.ru

**SOCIAL RISKS OF DEPRESSION IN EUROPE AND RUSSIA:
THE ROLE OF DEMOGRAPHICS, EDUCATION AND SOCIAL CAPITAL**

Abstract. This article focuses on the problem of social differences in mental health in European countries. Data from the “European Social Survey 2012”, which was conducted in 27 countries, was analyzed using statistical methods of two-level linear modeling, along with statistics on the state of economic development, government healthcare expenses, and corruption control in these countries. Mental health was measured using the Center

for Epidemiologic Studies (National Institute of Mental Health, USA) Depression Scale (CES-D, an 8-item scale). Social differences in depressive symptomatology were analyzed taking into account gender, age, education and social capital (interaction and support in a person's inner circle and interpersonal trust within a wider community). Results show that the risk of developing a depression is much higher in countries with a rather low level of social development (these include many former communist states and Mediterranean regimes), as opposed to the most highly-developed Northern social democracies. In all parts of Europe there are distinct social differences when it comes to the probability of developing depressive symptoms — it's a little higher for women compared to men, and considerably increases the higher the person's age and the lower the education level. However, age and education inequalities are not identically severe in all societies: they gradually smoothen out with the increase of a country's economic well-being and government social expenses. Social capital — i.e. networks of interactions with friends, relatives, work colleagues, as well as their support — is a major variable when it comes to explaining the differences in mental health. Such interactions and support are especially important for vulnerable segments of the population (elderly and poorly educated people) in less developed countries. However, it's in these particular countries where these very people are deprived of this type of social capital. Social trust also plays an important role in reducing the risks of developing depression, and such influence is slightly more pronounced in countries with a high level of social development. Mental health in Russia is characterized by increased risks of developing depression, as well as distinct social inequalities.

Keywords: mental health; risks of depression; social inequalities; social capital; two-level modeling; “European Social Survey”.

For citation: Rusinova N.L., Safronov V.V. Social risks of depression in Europe and Russia: The role of demographics, education and social capital. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2016. Vol. 22. No. 3. P. 82–106. DOI: 10.19181/socjour.2016.22.3.4586

REFERENCES

1. Rusinova N.L., Safronov V.V. Znachenie sotsial'nogo kapitala dlya zdorov'ya v stranakh Evropy. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii*. 2014. No. 3. P. 112–133. (In Russ.)
2. Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha I.S., Bryson H., et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2004. Vol. 109 (S 420). P. 21–27.
3. Andrade L.H., Berglund P.A., Bijl R.V., et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2003. Vol. 12 (1). P. 3–21. DOI: 10.1002/mp.138
4. Aneshensel C.S., Stone J.D. Stress and Depression: A Test of the Buffering Model of Social Support. *Archives of General Psychiatry*. 1982. Vol. 39 (12). P. 1392–1396. DOI: 10.1001/archpsyc.1982.04290120028005
5. Ayuso-Mateos J.L., Vázquez-Barquero J.L., Dowrick C., Lehtinen V., Dalgard O.S., Casey P., Wilkinson C., Lasa L., Page H., Dunn G., Wilkinson G.; ODIN Group. Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 179 (4). P. 308–316. DOI: 10.1192/bjp.179.4.308
6. Bassett E., Moore S. Mental Health and Social Capital: Social Capital as a Promising Initiative to Improving the Mental Health of Communities. *Current Topics in Public Health*. Ed. by A.J. Rodriguez-Morales. Rijeka, Croatia: InTech, 2013. P. 685–707.

7. Börsch-Supan A., Brugiavini A., Jürges H., Mackenbach J., Siegrist J., Weber G. (eds). *Health, ageing and retirement in Europe: First results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2005. — 370 p.
8. Castro-Costa E., Dewey M., Stewart R., Banerjee S., Huppert F., Mendonca-Lima C., Bula C., Reisches F., Wancata J., Ritchie K., Tsolaki M., Mateos R., Prince M. Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*. 2007. Vol. 191 (5). P. 393–401. DOI: 10.1192/bjp.bp.107.036772
9. Coyne J.C., Downey G. Social Factors and Psychopathology: Stress, Social Support, and Coping Processes. *Annual Review of Psychology*. 1991. Vol. 42. P. 401–425. DOI: 10.1146/annurev.ps.42.020191.002153
10. De Silva M.J., McKenzie K., Harpham T., Huttly S.A. Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005. Vol. 59 (8). P. 619–627. DOI: 10.1136/jech.2004.029678
11. Ehsan A.M., De Silva M.J. Social capital and common mental disorder: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2015. Vol. 69 (10). P. 1021–1028. DOI: 10.1136/jech-2015-205868
12. ESS Round 6: European Social Survey Round 6 Data. Data file edition 2.1. *Norwegian Social Science Data Services, Norway — Data Archive and distributor of ESS data*, 2012.
13. Fryers T., Melzer D., Jenkins R., Brugha T. The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. 2005. Vol. 1 (14). DOI: 10.1186/1745-0179-1-14
14. Gibney S., McGovern M. Social Networks and Mental Health: Evidence from Share. *Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America*. San Francisco, CA, 2012. May, 3–5 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <<http://paa2012.princeton.edu/papers/122092>>.
15. Huppert F., Marks N., Michaelson J., Vázquez C., Vittersø J. *European Social Survey Round 6 Module on Personal and Social Wellbeing — Final Module in Template*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London, 2013 [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.europeansocialsurvey.org/docs/round6/questionnaire/ESS6_final_personal_and_social_well_being_module_template.pdf>.
16. Kennedy G.J., Kelman H.R., Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: The importance of declining health and increasing disability. *Journal of Community Health*. 1990. Vol. 15 (2). P. 93–104. DOI: 10.1007/BF01321314
17. Kessler R.C., McGonagle K.A., Swartz M., Blazer D.G., Nelson C.B. Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*. 1993. Vol. 29 (2–3). P. 85–96. DOI: 10.1016/0165-0327(93)90026-G
18. Kok R., Avendano M., Bago d’Uva T., Mackenbach J. Can Reporting Heterogeneity Explain Differences in Depressive Symptoms Across Europe? *Social Indicators Research*. 2012. Vol. 105 (2). P. 191–210. DOI: 10.1007/s11205-011-9877-7
19. Levecque K., Van Rossem R., De Boyser K., Van de Velde S., Bracke P. Economic Hardship and Depression across the Life Course: The Impact of Welfare State Regimes. *Journal of Health and Social Behavior*. 2011. Vol. 52 (2). P. 262–276. DOI: 10.1177/0022146510394861
20. Levecque K., Van Rossem R. Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity and Health*. 2015. Vol. 20 (1). P. 49–65. DOI: 10.1080/13557858.2014.883369
21. Lorant V., Delège D., Eaton W., Robert A., Philippot P., Ansseau M. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*. 2003. Vol. 157 (2). P. 98–112. DOI: 10.1093/aje/kwf182

22. Piccinelli M., Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 177 (6). P. 486–492. DOI:10.1192/bjp.177.6.486
23. Putnam R.D. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York: Simon & Schuster, 2000. — 541 p. DOI:10.1145/358916.361990
24. Radloff L.S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*. 1977. Vol. 1 (3). P. 385–401. DOI: 10.1177/014662167700100306
25. Raudenbush S.W., Bryk A.S. *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage, 2002. — 485 p.
26. Roberts R.E, Kaplan G.A., Shema S.J., Strawbridge W.J. Does Growing Old Increase the Risk for Depression? *The American Journal of Psychiatry*. 1997. Vol. 154 (10). P. 1384–1390. DOI: 10.1176/ajp.154.10.1384
27. Rostila M. *Social Capital and Health Inequality in European Welfare States*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2013. — 253 p. DOI: 10.1057/9781137305664
28. Van de Velde S., Bracke P., Levecque K. Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*. 2010. Vol. 71 (2). P. 305–313. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.03.035
29. Van de Velde S., Huijts T., Bracke P., Bambra C. Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. *Sociology of Health & Illness*. 2013. Vol. 35 (5). P. 682–698. DOI: 10.1111/j.1467-9566.2012.01521.x
30. Welzel C. *Freedom Rising: Human Empowerment and the Quest for Emancipation*. New York: Cambridge University Press, 2013. — 472 p. DOI: 10.1017/CBO9781139540919
31. *World Federation for Mental Health (2012). Depression: A Global Crisis. World Mental Health Day, October, 10, 2012* [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf>.
32. *World Health Organization. Regional Office for Europe Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference, 2005.* [online]. Accessed 08.08.2016. URL: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf>.

Received: 16.01.2016.