

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ДРЕЖБЫ НОРОДОВ ИМЕНИ ПАТРИСА ЛУМУМБЫ» (РУДН)

На правах рукописи

Шадрикова Алёна Дмитриевна

**Этнокультуральные особенности депрессии у иностранных студентов:
патогенез, клиника, терапия**

3.1.17 — Психиатрия и наркология
(медицинские науки)

Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Артемяева Марина Станиславовна

Москва - 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. Литературный обзор: психическое здоровье студентов медицинских университетов	15
Заключение по главе 1	38
Глава 2. Материалы и методы исследования	40
2.1. Характеристика выборки	40
2.1.1. Дизайн исследования	40
2.1.2. Критерии включения и исключения.....	41
2.1.3. Формирование выборки и дизайн исследования	43
2.2. Применяемые диагностические методики	46
2.3. Статистическая обработка данных.....	48
2.4. Этические аспекты	50
Глава 3. Результаты исследования: сравнительный анализ трёх групп	51
3.1. Распространённость и тяжесть депрессии у студентов из Африки, Ближнего Востока и России	51
3.1.1. Общая характеристика выборки.....	51
3.2. Психологический стресс, тревожность и копинг-стратегии.....	58
3.3. Коморбидная соматическая симптоматика.....	64
3.3.1. Болевые синдромы	64
3.3.2. Нарушения сна.....	66
3.3.3. Нарушения пищевого поведения.....	68
3.3.4. Психосексуальные расстройства	69
3.3.4.1. Распространённость психосексуальных проблем.....	69
3.3.4.2. Культурно-специфические паттерны	72
3.4. Инфекционные заболевания и нейровоспаление	74

3.5. Неблагоприятный детский опыт (НДО) и стресс как предикторы депрессии	78
3.6. Сравнительный анализ гендерных паттернов депрессии в этнокультуральном контексте	80
3.6.1. Гендерная специфика в группе студентов из Африки	80
3.6.2. Гендерная гомогенность в группе студентов с Ближнего Востока	82
3.6.3. Нивелирование гендерных различий в группе студентов из России	83
3.6.4. Кросс-культуральный анализ гендерных копинг-стратегий....	83
3.6.5. Гендерные особенности отношения к профессиональной помощи	84
3.6.6. Возрастной фактор как модератор гендерных различий	85
3.7. Интегративная модель гендерных различий в контексте этнокультуральных факторов	86
3.7.1. Концептуальная рамка анализа	86
3.7.2. Клинические импликации	87
3.7.3. Методологические ограничения	88
3.8. Отношение к лечению и барьеры обращения за психиатрической помощью	88
Глава 4. Сравнительный анализ эффективности терапевтических интервенций: когнитивно-поведенческая терапия, психообразование, фармакотерапия флуоксетином	95
4.1. Дизайн интервенционного исследования	95
4.1.1. Формирование терапевтических групп	95
4.1.2. Временные точки оценки	95
4.2. Протокол фармакотерапии	96
4.2.1. Схема назначения флуоксетина	96

4.2.2. Приверженность терапии и причины отказа	97
4.2.3. Долгосрочная приверженность.....	98
4.3. Психообразовательный тренинг	99
4.3.1. Структура программы	99
4.3.2. Приверженность и удовлетворённость программой	99
4.4. Протокол когнитивно-поведенческой терапии	100
4.4.1. Особенности терапевтического процесса в этнических группах	101
4.4.2. Приверженность КПТ	101
4.5. Сравнительная эффективность интервенций.....	102
4.5.1. Динамика депрессивной симптоматики.....	102
4.5.2. Частота терапевтического ответа и ремиссии	103
4.5.3. Этнические различия в эффективности интервенций	103
4.6. Долгосрочные результаты	103
4.6.1. Катамнез через 3 месяца	103
4.6.2. Катамнез через 6 месяцев.....	104
4.7. Качественный анализ барьеров и фасилитаторов	105
4.7.1. Барьеры к фармакотерапии	105
4.7.2. Факторы успеха КПТ	105
4.7.3. Преимущества группового тренинга.....	105
4.8. Этнокультуральная гетерогенность депрессивных расстройств: императив персонализированной терапии	106
4.8.1. Дифференциация терапевтических стратегий на основе этнокультурального профиля	106
4.8.2. Протоколы фармакотерапии с учётом этнокультуральных особенностей	107
4.8.3. Интеграция с соматической медициной	108
Обсуждение	109

ВЫВОДЫ	113
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	118
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	122
ПРИЛОЖЕНИЯ	149

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Среди актуальных задач современной психиатрии депрессивные расстройства занимают особое место — как по масштабу распространения, так и по тяжести социальных последствий. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, в мире насчитывается свыше 280 миллионов людей, страдающих депрессией; при этом именно молодёжная когорта 18–25 лет демонстрирует наиболее интенсивный прирост заболеваемости — возрастной период, который для большинства совпадает со временем обучения в университете. Среди студентов медицинских специальностей ситуация особенно выражена: частота депрессивных расстройств в этой группе достигает 27–33%, превышая общепопуляционные показатели в два-три раза. Для иностранных студентов медицинских вузов положение усугубляется целым рядом дополнительных стрессоров — необходимостью культурной адаптации, преодолением языковых трудностей, ограниченностью социальных связей и нередко нестабильным материальным положением. Тема эта особенно актуальна, потому что российские медицинские университеты сегодня принимают свыше 85 000 иностранных учащихся — главным образом выходцев из африканских стран, государств Ближнего Востока и Азии, — что выводит Россию в число ведущих центров международного медицинского образования.

Несмотря на высокую распространённость депрессивных расстройств у студентов, существующие подходы к диагностике и терапии не учитывают этнокультуральные особенности клинических проявлений, специфические факторы риска, языковые и бюрократические барьеры, препятствующие получению помощи. Культуральные различия в восприятии психических расстройств, стигматизация, и религиозные убеждения также способствуют поздней диагностике, низкой обращаемости за специализированной помощью и катастрофически низкой приверженности у иностранных студентов лечению.

Пандемия COVID-19 дополнительно усугубила ситуацию, приведя к росту распространённости депрессивных и тревожных расстройств среди студентов на

25—48% [1, 2]. При этом влияние инфекционных заболеваний, эндемичных для стран происхождения студентов, — малярии, кори, туберкулёза — на развитие и течение депрессивных расстройств остаётся практически неизученным, хотя в рамках нейровоспалительной концепции депрессии убедительно показано, что провоспалительные цитокины (IL-6, TNF- α , IL-1 β), высвобождаемые при инфекционном процессе, способны запускать депрессогенные механизмы — активацию кинуренинового пути, истощение серотонина, дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и нейровоспаление [3, 4, 5, 6, 7].

Отсутствие кросс-культуральных адаптированных протоколов диагностики и терапии, недостаточная подготовка специалистов в области транскультурной психиатрии и ограниченная доступность психиатрической и психотерапевтической помощи создают системные барьеры для эффективного лечения депрессии у иностранных студентов. Это приводит к хронификации и утяжелению расстройств, снижению академической успеваемости, увеличению числа отчислений и, в наиболее тяжелых случаях, к суицидальному поведению. Таким образом, разработка научно обоснованных, культурно-чувствительных подходов к диагностике и терапии депрессивных расстройств у иностранных студентов-медиков представляет актуальную задачу современной психиатрии, имеющую важное медицинское, социальное и экономическое значение.

Степень разработанности проблемы

Проблема депрессивных расстройств у студентов активно изучается в мировой психиатрии последние два десятилетия. В отечественной литературе существенный вклад в изучение психического здоровья студентов-медиков внесли работы В.В. Руженковой (2017—2020), установившие высокую распространённость пограничных психических расстройств (до 20%), связь академического стресса с формированием тревожно-депрессивной симптоматики и обосновавшие необходимость внедрения программ стресс-менеджмента в образовательный процесс медицинских вузов [8]. Б.С. Положий [9] в серии этнокультуральных исследований продемонстрировал существенные различия в клинической картине и течении депрессии у представителей разных этнических

групп, обосновав необходимость культурно-ориентированного подхода в психиатрии.

Международные исследования [10, 11] подтвердили глобальный характер проблемы депрессии среди студентов-медиков с распространенностью 27,2-33,8%. Однако большинство исследований проводилось в монокультурных выборках, не учитывая специфику иностранных студентов. Немногочисленные работы, посвященные психическому здоровью иностранных иноязычных студентов [12, 13], фокусировались преимущественно на адаптационных трудностях, не исследуя клинические особенности депрессии и эффективность терапевтических подходов. Столь же фрагментарным остаётся и изучение коморбидных состояний, сопровождающих депрессию у студентов. Исследования хронической боли [14], нарушений сна [15] и расстройств пищевого поведения проводились изолированно, без анализа их взаимосвязи с депрессией в контексте этнокультуральных различий. Психосексуальные расстройства как фактор риска и коморбидное состояние при депрессии у студентов остаются практически неизученными из-за культурных табу и методологических сложностей.

Связь перенесённых инфекционных заболеваний с последующим развитием депрессии стала предметом систематического изучения лишь в постковидный период. Вместе с тем потенциальная роль инфекций, эндемичных для регионов происхождения иностранных студентов (малярия, корь), в патогенезе депрессивных расстройств до настоящего времени не исследовалась — несмотря на накопленные данные о нейротропных свойствах этих патогенов.

В изучении терапии депрессии у студентов доминируют исследования фармакологических подходов, преимущественно с использованием СИОЗС. Эффективность психотерапевтических интервенций изучена недостаточно: существуют единичные РКИ групповой КПТ [16, 17], отсутствуют исследования культурной адаптации терапевтических протоколов. Психообразовательные программы для мультикультурной студенческой среды, несмотря на их потенциальную эффективность и экономическую доступность, до настоящего времени не разработаны.

Таким образом, этнокультуральные аспекты патогенеза, клиники и терапии депрессии у иностранных студентов остаются недостаточно изученными. Отсутствуют комплексные исследования, интегрирующие оценку распространённости, клинических особенностей, коморбидности, факторов риска и сравнительной эффективности различных терапевтических стратегий в данной популяции. Это определяет актуальность настоящего исследования и обосновывает необходимость разработки дифференцированных подходов к диагностике и лечению депрессивных расстройств у иностранных студентов с учётом их этнокультуральной специфики.

Цель исследования

Изучить течение депрессивных расстройств у студентов-медиков из африканских, ближневосточных стран и России.

Задачи исследования

1. Установить распространённость и выявить этноспецифические клинические особенности депрессивных расстройств у студентов-медиков африканского, ближневосточного и российского происхождения.
2. Провести сравнительный анализ клинической картины и структуры коморбидной патологии депрессии в изучаемых этнических группах.
3. Оценить роль перенесённых эндемичных инфекционных заболеваний (малярия, корь, COVID-19) в формировании депрессивных расстройств.
4. Проанализировать влияние культурно-специфических моделей воспитания, психотравматического анамнеза и копинг-стратегий на развитие депрессии.
5. Сравнить эффективность когнитивно-поведенческой терапии, психообразовательного тренинга и фармакотерапии (СИОЗС) с учётом этнокультуральных факторов.
6. Выявить этнокультуральные барьеры формирования терапевтического альянса и разработать рекомендации по оптимизации лечебного процесса.

Объект и предмет исследования

Объект исследования: Студенты-медики РУДН африканского, ближневосточного и российского происхождения с клинически значимой депрессивной симптоматикой (депрессивный эпизод по МКБ-10, BDI \geq 10 баллов).

Предмет исследования: Влияние этнокультурных факторов на проявления депрессии, восприятие психических расстройств, эффективность лечения и адаптацию терапевтических методов у студентов разных национальностей.

Научная новизна

1. Впервые в отечественной психиатрии проведено комплексное сравнительное исследование распространённости и клинических особенностей депрессивных расстройств у студентов-медиков из Африки, с Ближнего Востока и из России с установлением этноспецифических клинических маркеров.
2. Выявлены этнокультуральные различия в структуре коморбидной патологии: установлены гендерно-специфические паттерны соматизации (головные боли у 59,5% студенток из Африки против 25,0% студентов; инверсия для дорсалгий), максимальная представленность инсомнии в группе студентов из России (54,7%), что отражает культурно-детерминированные каналы экспрессии дистресса.
3. Впервые исследована роль перенесённых эндемичных инфекций в патогенезе депрессии: установлено, что кумулятивная инфекционная нагрузка (малярия, корь, COVID-19) у студентов из Африки ассоциирована с 1,8-кратным увеличением выраженности депрессивной симптоматики и формированием специфического затяжного постинфекционного синдрома с преобладанием соматизированных (маскированных) форм.
4. Установлены принципиальные различия в механизмах влияния неблагоприятного детского опыта на развитие депрессии: у студентов из Африки это влияние полностью опосредовано текущим стрессом (медиация 59,9%), у студентов из России сохраняется сочетание прямого и

опосредованного воздействия (медиация 63,0%), у студентов с Ближнего Востока преобладает прямой эффект (медиация 40,0%). Выявлено отсутствие копинг-стратегии «планирование решений» в группе студентов с Ближнего Востока при её наличии у студентов из Африки (9,9%) и России (14,1%).

5. Впервые в мультикультуральной студенческой выборке систематически изучены психосексуальные расстройства как фактор депрессии: выявлена высокая распространённость (38,1%), выраженные этнокультуральные различия (зависимость от мастурбации и порнографии у 41,9% мужчин с Ближнего Востока; сексуализированное насилие в анамнезе у 30,6% студенток из Африки) и значимая связь с тяжестью депрессии (OR=3,72; 95% ДИ: 2,14–6,47 для тяжёлой депрессии).
6. Впервые проведено сравнение эффективности когнитивно-поведенческой терапии, психообразовательного тренинга и фармакотерапии селективными ингибиторами обратного захвата серотонина с учётом этнокультуральных факторов; доказана высокая эффективность краткосрочной культурно-адаптированной когнитивно-поведенческой терапии в полиэтничной студенческой выборке.
7. Выявлены существенные этнокультуральные барьеры обращения за психиатрической помощью: готовность к лечению у студентов из России составила 56,3%, у студентов из Африки — лишь 6,2% ($p < 0,001$), при этом 27,2% последних категорически отказывались от профессиональной помощи. Обоснована необходимость учёта культурных установок в формировании терапевтического альянса.

Теоретическая и практическая значимость

Исследование вносит вклад в развитие этнокультуральной психиатрии, демонстрируя сочетание универсальных и культурно-специфических характеристик в клинической картине депрессивных расстройств. Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. М.В. Коркиной Медицинского института РУДН им. Патриса Лумумбы на протяжении более 60 лет изучает

проблемы психической адаптации иностранных студентов, и настоящая работа продолжает эту традицию, приобретающую особую значимость в контексте расширения сотрудничества в рамках БРИКС и увеличения числа иностранных учащихся. Полученные данные расширяют представления о влиянии культурных факторов на предрасположенность к депрессии, особенности её клинического течения и выбор копинг-стратегий у представителей различных этнических групп.

Впервые показана роль культурно-детерминированных психосексуальных конфликтов (религиозно обусловленная вина за мастурбацию, интернализированная гомофобия, последствия сексуализированного насилия) в патогенезе депрессии у иностранных студентов. Полученные данные формируют научную базу для профилактики академических отчислений и оказания психиатрической помощи студентам в кризисных ситуациях. Результаты исследования обосновывают необходимость учёта этнокультурального контекста при диагностике и лечении аффективных расстройств, включая адаптацию психотерапевтических протоколов к культурным традициям, ценностям и ожиданиям пациентов.

Разработанные культурно-адаптированные протоколы (8-недельная КПТ, 3-дневный психообразовательный тренинг) создают методологическую основу для организации этнокультурально-чувствительной психиатрической помощи в мультикультурных образовательных учреждениях. Идентифицированные культурные предикторы терапевтического комплаенса позволяют персонализировать выбор интервенций с учётом этнокультурального контекста. Установлено, что психосексуальные проблемы раскрываются преимущественно в процессе терапии (68,2% случаев — в среднем на 3–4 сессии), что обосновывает необходимость формирования долгосрочного терапевтического альянса и гендерно-чувствительного подхода при работе с мультикультурным контингентом. Результаты исследования могут послужить основой для создания специализированных служб психического здоровья для иностранных студентов и программ повышения этнокультурной компетентности специалистов.

Положения, выносимые на защиту

1. Депрессивные расстройства у иностранных студентов-медиков встречаются значительно чаще, чем у российских, и характеризуются культурно-специфическими клиническими «масками»: соматизированной депрессией с преобладанием болевых синдромов у студентов из Африки, тревожно-апатической депрессией с нарушениями пищевого поведения и психосексуальной дисфункцией у студентов с Ближнего Востока, меланхолической депрессией с выраженной инсомнией у студентов из России.
2. Кумулятивная инфекционная нагрузка (перенесённые эндемичные инфекции: малярия, корь, а также COVID-19) является независимым фактором риска депрессии у иностранных студентов и ассоциирована со значимым увеличением тяжести депрессивной симптоматики и формированием соматизированных форм депрессии.
3. Высокий уровень психологического стресса, неблагоприятный детский опыт и дезадаптивные копинг-стратегии совместно влияют на развитие и утяжеление депрессии у иностранных студентов. Неблагоприятный детский опыт максимально выражен у иностранных студентов по сравнению с российскими и реализуется через различные патогенетические механизмы: полная медиация через стресс у студентов из Африки, частичная медиация у студентов из России, преобладание прямого эффекта у студентов с Ближнего Востока.
4. Культурно-адаптированная когнитивно-поведенческая терапия превосходит фармакотерапию СИОЗС по эффективности, приверженности и стойкости ремиссии у иностранных студентов; культурные барьеры значимо снижают готовность к обращению за психиатрической помощью и приверженность к фармакотерапии, что обосновывает приоритет немедикаментозных методов.

Структура и объём диссертации

Диссертация изложена на 168 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, трёх глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников и приложений. Работа иллюстрирована 24 таблицами и 9 рисунками. Библиографический указатель включает 201 источник. В приложения включены использованные психометрические шкалы, формы информированного согласия, протокол 8-недельной программы КПТ и материалы психообразовательного тренинга.

ГЛАВА 1. ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР: ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УНИВЕРСИТЕТОВ

Масштабные мета-аналитические исследования последних лет свидетельствуют о высокой распространённости психических расстройств в студенческой популяции. Мета-анализ Li et al. (2022), включивший 64 исследования (n=100,187), показал, что глобальная распространённость тревоги и депрессии среди студентов составила 33.6% (95% CI 29.3%-37.8%) и 39.0% (95% CI 34.6%-43.4%) соответственно, при этом наибольшие показатели зафиксированы в Африке (40.1%) и странах с низким доходом (42.5%) [18]. Зонтичный обзор Paiva et al. (2025), синтезировавший 62 мета-анализа (n=8,706,185), позволил стратифицировать депрессию по тяжести: лёгкая — 35.41%, умеренная — 24.54%, тяжёлая — 13.42% [19]. Систематический обзор Wang et al. (2021), включающий 28 исследований (n=436,799), выявил у студентов распространённость тревоги 29%, депрессии 37%, стресса 23% при высокой гетерогенности между исследованиями ($I^2 > 95\%$) [20].

Пандемия COVID-19 существенно усугубила эту ситуацию. Работы Chang и соавт. (2021) охватили данные почти 144 тысяч респондентов из девяти стран — и полученные цифры оказались весьма показательными, тревога выявлялась почти у трети участников (31%; 95% ДИ: 23–39%), депрессия — несколько чаще (34%; 95% ДИ: 27–41%). Географический разброс при этом был колоссальным: в Китае тревожные расстройства регистрировались лишь у 15% студентов, тогда как в США — более чем у половины (52%); схожая картина наблюдалась и для депрессии — от 17% в Турции до 69% в американской выборке. Гендерный фактор также давал о себе знать: среди женщин депрессия встречалась заметно чаще — 56% против 34% у мужчин [21]. То, что пандемия COVID-19 усугубила положение, подтвердил и масштабный анализ Santomauro и коллег (2021): изучив ситуацию в 204 странах, авторы зафиксировали рост распространённости большого депрессивного расстройства почти на треть — на 28%, — а тревожных расстройств — на 26% [22].

Отдельного внимания заслуживают студенты-медики. Данные, имеющиеся на сегодняшний день, также указывают и на дополнительную нагрузку в виде

психологических симптомов после пандемии COVID-19. В 2023 году, исследовав данные 130 исследований, в совокупности включающих более 132 000 участников, Yimer et al. сообщают, что депрессивная симптоматика выявлена у ~45% пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию (95% CI: 40–49%) [23].

Более глубокое исследование было проведено Jahrami et al., проанализировавшие 33 мета-анализа за последние два десятилетия, с прицелом на типы имеющейся симптоматики у студентов университетов.

Для общего числа студентов с психологической симптоматикой самым распространенным признаком были нарушения сна 42,0%, за которым следовали стресс 41,7% и выгорание 35,8%. Тревожность и депрессивная симптоматика разделяли последнее место в 32,5% каждый [24]. Putia et al. провели похожее исследование, но в среде студентов африканцев, в которое вошло 11 386 человек. Депрессия была выявлена у 38% пациентов, но значение приблизительное, так как результат сильно различался в зависимости от методов диагностики. Например, при использовании DASS-21 показатель депрессии достиг 50%, у PHQ-9 — около 39%, а у шкалы BDI-II самый низкий результат, около 32% [25]. Близкие результаты получили Shafiee и соавт. (2024) на иранской студенческой выборке: депрессия — 43%, тревога — 44%, нарушения сна — 48% [26]. Erschens и соавт. (2019) отдельно оценили масштаб профессионального выгорания — оно охватывало 44,2% студентов (95% ДИ: 38,3–50,2%) [27].

Региональные исследования наглядно демонстрируют, что депрессивные расстройства у студентов-медиков несут на себе отчётливый этнокультуральный отпечаток. В арабском мире разброс показателей особенно велик: от 40% в Палестине до почти 78% в Судане. В качестве устойчивых факторов риска фигурируют женский пол, принадлежность к младшим курсам и вынужденное проживание вдали от семьи [28].

В Тунисе депрессия выявлена у 64% студентов-медиков с независимыми предикторами в виде низкого социально-экономического статуса, курения и психиатрического анамнеза [29]. В Таиланде депрессивные расстройства диагностированы у 28% студентов; ключевыми факторами являются личностные

уязвимости, академическое давление и дефицит социальной поддержки [30]. Сетевой анализ швейцарских студентов показал, что связь выгорания с суицидальными идеями полностью опосредована симптомами депрессии и тревоги [31]. Российские исследования выявили противоположную динамику у местных и иностранных студентов: у российских частота депрессии нарастает от 1-го к 6-му курсу, у иностранных — снижается; коморбидность депрессии и стресса составляет 70.7% у российских и 50.8% у иностранных студентов [32].

Повышенная уязвимость характерна и для аспирантов. Satinsky и соавт. (2021), проанализировав 29 исследований с суммарной выборкой около 23 тысяч человек, зафиксировали депрессию примерно у каждого четвертого аспиранта PhD (24%; 95% ДИ: 18–31%) и тревогу — у каждого шестого (17%; 95% ДИ: 12–23%; $n \approx 15\ 626$). В числе ключевых факторов риска авторы называли финансовое давление, неопределённость карьерных перспектив, напряжённые отношения с научными руководителями и дефицит социальных контактов [33].

Студенты стоматологических и сестринских специальностей демонстрировали сходную картину. Скопинг-обзор Ramachandran et al. (2022), включивший 55 публикаций о студентах-стоматологах в период COVID-19, выявил основные стрессоры: страх заражения, адаптацию к виртуальному обучению и дефицит клинических навыков [34]. Мета-анализ Moradi et al. (2024) показал распространённость депрессии у ~38%, тревоги у ~48%, нарушений сна у ~31% студентов-стоматологов [35]. Мета-анализ данных Quesada-Puga et al. (2024) установил распространённость депрессии у 32% студентов сестринского дела ($n=4,479$); при этом факторами риска являлись женский пол, младший возраст, академическая неопределённость и страх заражения [36].

Современные исследования выявляют комплексное влияние психологических, поведенческих и личностных факторов на формирование стойких нарушений настроения. В период COVID-19 распространённость депрессии среди тайских студентов-медиков достигала 35.7%, при этом 80.8% сообщали о низком качестве сна; независимыми предикторами являлись низкая успеваемость, зависимость от социальных сетей и высокий воспринимаемый

стресс [37]. Использование социальных сетей более двух часов в день было ассоциировано с дезадаптивными копинг-стратегиями, которые нередко выступали медиатором связи с психологическим дистрессом [38]. Сетевой анализ китайских студентов показал, что нейротизм является ключевым фактором риска депрессии и тревоги, тогда как доброжелательность выступает наиболее значимым протективным фактором [39].

Ряд исследований свидетельствуют также о высокой распространённости суицидального поведения среди студентов. В.В. Руженкова (2019) выявила суицидальное поведение в анамнезе у 37,4% из 724 студентов-медиков, включая попытки - у 4,7% и внутренние формы (мысли, замыслы, намерения) - у 32,7%. В клинической структуре преобладали невротические и связанные со стрессом расстройства (65,3%), включая социофобию (14,0%) и расстройства адаптации (22,5%). Студенты с суицидальным поведением характеризовались значительно более высокой частотой депрессии (50,2% против 15,9%, OR=5,3), тревоги (50,9% против 24,3%, OR=3,2) и социофобии (49,8% против 21,2%, OR=3,7); наиболее стрессогенными факторами являлись высокая учебная нагрузка и страх перед будущим [40]. Мета-анализ Crispin et al. (2021), охвативший 11 исследований (n=9,511), установил пожизненную распространённость суицидальных мыслей у 27,1% (CI: 16,0%-39,7%), годовую — у 14,1% (CI: 9,6%-19,3%), попытки суицида — у 3,1%; вариабельность между исследованиями составила от 9,7% до 58,3% для суицидальных мыслей [41]. Зонтичный обзор Richardson et al. (2024) показал, что буллинг имеет популяционную атрибутивную фракцию 30-33% для попыток суицида; другими значимыми факторами риска являлись нарушения сна, прогулы и принадлежность к уязвимым группам [42].

Связь суицидальности с другими психическими расстройствами хорошо известна. Мета-анализ Cai et al. (2021, 25 исследований) определил наиболее сильные предикторы суицидальной идеации: депрессия (OR=6,87), выгорание (OR=6,29), коморбидные психические расстройства (OR=5,08) и стресс (OR=3,72); для суицидальных попыток депрессия остаётся ведущим фактором (OR=9,34) [45]. Hallit et al. (2023, Тунис, n=1138) обнаружили депрессию у 64% студентов-медиков,

из них 16,8% - в тяжёлой степени; факторы риска включали женский пол, низкий социально-экономический статус, табакокурение [47]. Сетевой анализ (2025, n=456) идентифицировал мостовые симптомы между социальной тревожностью и депрессией: нервозность в неформальных ситуациях и утомляемость [48]. Египетское исследование (2025) выявило корреляцию дезадаптивных личностных черт с депрессией, особенно домена негативной аффективности [49]. В.В. Руженкова (2020) установила высокую коморбидность социофобии с депрессией и ГТР; при этом, у лиц с суицидальным поведением вероятность социофобии была в 3,7 раза выше [50].

Вместе с тем анализ временных трендов даёт неоднозначную картину. Zhai et al. (2022) в анализе данных Healthy Minds Study (2017-2021) обнаружили снижение распространённости суицидальных мыслей, планов и попыток среди студентов колледжей США, что может отражать эффективность программ превенции [51]. Однако Vommersbach et al. (2022) в анализе национальных данных США (NSDUH 2008-2019, n=484,732) выявили противоположную тенденцию в общей популяции: попытки суицида увеличились с 481,2 до 563,9 на 100,000 (aOR=1,23); при этом наибольший рост наблюдался в возрастной группе 18-25 лет (aOR=1,81), среди женщин (aOR=1,33) и лиц с расстройствами употребления веществ (aOR=1,44) [52].

Обзор Moir et al. (2018) систематизировал факторы психологического благополучия студентов-медиков, показав, что уровень дистресса при поступлении у них ниже, чем в общей популяции сверстников, однако в процессе обучения он существенно возрастает, что указывает на негативное влияние образовательной среды медицинского вуза [53].

Нарушения сна представляют собой как фактор риска, так и следствие психических расстройств у студентов. Мета-анализ Marino et al. (2021), включивший 16 проспективных исследований (n≈27,073), показал, что нарушенный сон является проспективным фактором риска депрессии (OR=1,50; 95% CI: 1,13-2,00) [54]. Zhang et al. (2023) в двухлетнем когортном исследовании (n=999) идентифицировали две траектории депрессивных симптомов: снижающуюся (82,5%) и увеличивающуюся (17,5%); здоровые паттерны сна

предсказывали благоприятную траекторию, особенно у мужчин ($OR \approx 0,72$) [55]. Mbous et al. (2022) установили, что 26,4% студентов соответствовали критериям инсомнии, при этом депрессия была её сильнейшим предиктором ($aOR \approx 9,54$) [56].

Исследования в российских вузах подтверждают эти закономерности: иностранные студенты испытывали более выраженные нарушения сна вследствие адаптационных трудностей [57]; у 60,15% студентов-медиков младших курсов был нарушен режим ночного сна, у 33,08% продолжительность сна не достигала нормы [58]. Многоцентровое исследование студентов-медиков из 13 стран Латинской Америки ($n=2019$) в период пандемии COVID-19 выявило низкое качество сна у 62,2%; факторами риска являлись женский пол, симптомы депрессии и тревоги, протективным фактором — высокая резильентность (психологическая устойчивость, способность адаптироваться к стрессу и восстанавливаться после неблагоприятных воздействий) [59]. Ряд исследований также показал, что у студентов-медиков чаще обнаруживались умеренные и тяжёлые симптомы депрессии и тревоги, коррелировавшие с женским полом и низким качеством сна [43, 44]. Кроме того, была выявлена связь более высоких показателей дневной сонливости, кошмарных сновидений и депрессии с симптомами СДВГ [43, 44].

Расстройства пищевого поведения тесно связаны с аффективными нарушениями. Motorga et al. (2024) обнаружили, что 37,1% румынских студентов-медиков ($n=312$) находились в группе риска РПП; предикторами являлись женский пол, высокий ИМТ, нарушения сна и семейное давление [64]. Зонтичный обзор Tan et al. (2023) установил, что расстройства пищевого поведения зачастую предшествуют депрессии и тревоге либо усугубляют их выраженность; булимия демонстрировала большой размер эффекта в отношении социальной тревоги ($d \approx 1,65$) [65]. Сетевой анализ Yang et al. (2023, $n=929$) идентифицировал центральные симптомы: «потеря контроля над едой» и «изменения аппетита»; у мужчин и студентов-медиков была отмечена связь индуцированной рвоты с более высокой частотой суицидальных мыслей [66].

В ряде исследований были получены данные о широкой распространённости эмоциогенного пищевого поведения: 69,27% студентов-медиков в Саудовской

Аравии предпочитали принимать пищу в периоды стресса; употребление пищи в ответ на эмоциональные триггеры (депрессия, стресс) статистически значимо влияло на индекс массы тела ($p < 0,001$) [67]. В исследовании, проведённом в Палестине, у половины студенток была продемонстрирована связь симптомов психогенного переедания с более высокими показателями депрессии и тревоги [68]. В российских вузах расстройства пищевого поведения выявлялись у 55% студентов, при этом эмоциогенный тип являлся наиболее распространённым (37,5%) [69]. У иностранных студентов расстройства пищевого поведения, в особенности булимия, а также перфекционизм как личностная черта встречались несколько чаще, чем у местных студентов [70]. Кластерный анализ ($n=1792$) показал, что тяжесть нарушений пищевого поведения возрастала с увеличением выраженности тревоги и депрессии [71]. Тревога, депрессия и стресс являлись предикторами как психогенного переедания, так и злоупотребления алкоголем [72].

Ряд исследований свидетельствует о том, что студенты, идентифицирующие себя как представители сексуальных меньшинств, составляют группу повышенного риска развития психических расстройств. Кросс-национальное исследование ВОЗ ($n=53\ 175$, 13 стран) показало, что студенты с гомосексуальной (AOR 1,49—2,70), бисексуальной (AOR 2,26—3,49) ориентацией, а также студенты, не определившиеся в своей сексуальной идентичности (AOR 1,38—2,04), имели более высокие шансы развития психической патологии; вместе с тем в странах с высоким уровнем социального принятия данные показатели были ниже (AOR 0,83—0,95) [73]. В Мексике ($n=7874$) студенты с негетеросексуальной ориентацией имели повышенный риск депрессии, генерализованного тревожного расстройства и панического расстройства (AOR 2,22—5,32) [74]. В Таиланде среди студентов-медиков с негетеросексуальной ориентацией распространённость депрессии составила 32,77%, ГТР — 17,23% [75]. Студенты-медики с негетеросексуальной ориентацией в одном из южноамериканских вузов (14,8% из 554 опрошенных) также продемонстрировали более высокие показатели депрессии, тревоги, суицидальных мыслей и расстройств пищевого поведения (AOR 2,17—2,51) [76].

Отмечалось, что связь сексуальной ориентации с качеством сна опосредована межличностными отношениями и депрессией [77].

Одной из актуальных проблем, связанных с изучением психического здоровья студентов, является хроническая боль и её психосоматические аспекты. Систематический обзор Serbic et al. (2021, n=10 069) показал, что студенты с хронической болью имели более высокие уровни депрессии, тревоги и стресса, а также существенно ниже оценивали социальное функционирование и качество жизни [78]. Sperling et al. (2023) в обзоре 29 исследований (n=9887) установили, что распространённость соматических симптомов у студентов-медиков варьировала от 5,7% до 80,1% (среднее $\approx 26,3\%$); наиболее частыми были мышечно-скелетная боль, головные боли и нарушения сна; боль и усталость были также ассоциированы с суицидальностью (OR $\approx 6,1$) [79].

Распространённость соматических симптомов у студентов-медиков коррелировала с показателями психического неблагополучия [83]. Критический порог соматизации был превышен у 50,7% студентов-медиков и 63,6% студентов-стоматологов [84]. Скелетно-мышечная боль, ассоциированная с психосоматическими симптомами, в период дистанционного обучения была выявлена у 78,1% студентов (OR=1,84) [85]. Хроническая боль в пояснице коррелировала с инсомнией [86]. В другом исследовании головная боль была выявлена у 68,4% студенток; при этом была отмечена связь между стрессом и мигренью, а также между депрессией и мигренью [87]. Тяжесть головной боли коррелировала с депрессией ($r=0,396$) [88]. Ряд исследований подтвердил связь длительного использования смартфона (более 7 часов в день) со стрессом, тревогой, депрессией и более выраженной головной болью [89].

Стресс был также ассоциирован с широким спектром соматических заболеваний: синдромом поликистозных яичников (OR=3,62), головной болью (OR=3,67), артериальной гипертензией (OR=5,31) и депрессией (OR=7,24) [90]. Экзаменационный стресс был связан с повышением показателей тревоги, депрессии и высокими значениями индекса ограничения жизнедеятельности Освестри (ODI) при болях в пояснице [91]. Деадаптивные личностные черты

также коррелировали с депрессией ($\beta=0,61$); особенно значимой была связь негативной аффективности с депрессивными симптомами [92]. 109

У пациентов студенческих специальностей «сестринское дело» обнаруживалась связь между депрессией, тревогой и хроническим болевым синдромом, где аффективные расстройства выступали как независимый прогностический фактор для боли [93]. А вот сравнение иностранных и коренных студентов по показателям психического здоровья дает далеко не такую однозначную картину. Xiong et al., объединив данные 35 статей и общую выборку из 283 612 человек, не обнаружили статистически значимой разницы в уровне тревожности. Когда критерием для соответствия становились методологически ориентированные работы, оказывалось, что иностранные студенты предъявляют меньше жалоб на уровень тревоги, депрессивных и стрессогенных состояний, чем коренные студенты, хотя общее удовлетворение жизнью и субъективная оценка благополучия была выше у последних. Подобную картину исследователи объясняют через механизм позитивной самоселекции: решение учиться за рубежом само по себе предполагает определённый уровень целеустремлённости, адаптивности и внутренней опоры — качеств, способных смягчать удары миграционного стресса. Тем не менее высокие показатели психологического неблагополучия в обеих группах недвусмысленно свидетельствуют о том, что студенческие годы представляют собой период повышенной уязвимости безотносительно к тому, в какой стране проходит обучение [94].

Maharaj и соавт. (2024) сосредоточились исключительно на иностранных студентах в Австралии: их обзор включал 19 исследований с участием 7 247 человек, большинство из которых составляли выходцы из азиатских стран. Разброс полученных показателей оказался поразительным — тревога охватывала от 2,4 до 43% респондентов, депрессия — от 3,6 до 38,3%, психологический дистресс — от 31,6 до 54%, проблемное игровое поведение — от 3,3 до 50,7%. Подобный разброс данных отражает прежде всего неоднородность самих исследований — по дизайну, инструментам измерения и составу выборок. Факторы, последовательно ассоциировавшиеся с низким психологическим благополучием, охватывали весьма

широкий спектр: от субъективного одиночества и социальной отчуждённости (60–65% в четырёх исследованиях) до финансового и трудового давления (15,4–95%), от пережитой дискриминации и угроз безопасности (9–50%) до языковых трудностей и ощущения чужеродности в университетской среде. Пандемия добавила к этому перечню технологические барьеры, а недостаточная осведомлённость о доступных формах психологической помощи оставалась хронической проблемой — особенно среди студентов мужского пола и тех, кто только начинал обучение [95].

Lu и соавт. (2021) задались конкретным практическим вопросом: помогают ли письменные интервенции иностранным студентам справляться с дистрессом? В их рандомизированном исследовании 144 китайских студента участвовали в различных форматах письменной психологической работы. Межгрупповых различий по итогам зафиксировать не удалось, однако данные обнаружили кое-что не менее важное: исходная склонность к руминации принципиально меняла характер реакции на вмешательство. Студенты, для которых навязчивые повторяющиеся мысли были типичны, демонстрировали ослабление депрессивной симптоматики; у их противоположности — тех, кто к руминации не был предрасположен, — симптомы, напротив, усиливались. Вывод закономерен: одна и та же программа поддержки может давать диаметрально противоположные результаты у разных людей, и необходимо принимать это во внимание при разработке интервенций, для сохранения эффективности [96].

Аккультурационный стресс представляет собой ключевой фактор, влияющий на психологическое состояние иностранных студентов. Систематический обзор и мета-анализ Soufi Amlashi et al. (2024), включивший 29 исследований ($n \approx 7247$), установил умеренную корреляцию между аккультурационным стрессом и негативными психологическими исходами ($r \approx 0,39$), с несколько более выраженной связью с депрессией ($r \approx 0,41$). Аккультурационный стресс был также значимо связан с повышенным психологическим дистрессом, негативным аффектом, сниженной психологической адаптацией и более низкой удовлетворённостью жизнью [97]. Zhang (2012) в диссертационном исследовании китайских

иностранных студентов в США подчеркнула, что данная группа сталкивается со значительными культурными и языковыми барьерами, политическими и идеологическими различиями, нередко будучи оторванной от семейной и социальной поддержки. Депрессия в этой группе часто недооценивалась вследствие культурных норм, включая соматическое, а не эмоциональное выражение дистресса, а также стигматизацию психических расстройств в коллективистских культурах [98].

Цифровые платформы и живое общение играют в студенческой адаптации куда более весомую роль, чем принято считать. Когда Park и Noh (2018) опросили 286 иностранных студентов в Южной Корее, выяснилось: те, кто активно пользовался местным мессенджером KakaoTalk, куда спокойнее переносили культурный переход и в целом оценивали уровень удовлетворенности жизнью выше. Привязанность к социальным сетям родной страны давала другой эффект — не снимала напряжение, но поддерживала ощущение контакта и сопричастности. Характер тоже решал многое: общительные студенты с низким порогом одиночества адаптировались лучше своих интровертированных сверстников [99]. Jarrar (2025), работавший с нигерийской студенческой выборкой, описал ситуацию иначе: одиночество оказалось не просто спутником аккультурационного стресса, а именно тем звеном, через которое стресс конвертируется в депрессию. Социальная поддержка при этом действовала как своего рода предохранитель — не устраняя стресс, но смягчая негативные эффекты [100].

К этой картине стоит добавить и влияние урбанистического фактора. Розанов и соавт. (2023) на материале российских студентов показали, что жизнь в мегаполисе — с его темпом, анонимностью и информационным шумом — сама по себе повышает психосоциальную нагрузку, и этот фактор нужно учитывать при планировании профилактической работы [101].

Сравнительное межкультурное исследование Vatansever et al. (2021), включившее 546 студентов (276 иностранных студентов в Болгарии и 270 турецких студентов-медиков), установило, что турецкие студенты как доклинических, так и клинических курсов имели более высокие уровни стресса и депрессии. При этом

51,4% иностранных студентов в Болгарии и лишь 28,5% турецких студентов не имели признаков депрессии, тогда как умеренная депрессия была выявлена у 26,7% турецких и 12% иностранных студентов [102].

Исследования в развивающихся странах подтверждают высокую распространённость депрессии среди студентов. Mwita et al. (2020) в поперечном исследовании 1047 студентов четырёх университетов Танзании выявили вероятную депрессию у 21,3% студентов. Настораживающим являлся тот факт, что 21,9% студентов сообщали о мыслях о серьёзном самоповреждении. Независимыми предикторами депрессии являлись год обучения, злоупотребление психоактивными веществами, неудовлетворительные межличностные отношения и хронические заболевания; наличие расстройства пищевого поведения (7,4%) также выступало предиктором [103].

Миграционный статус существенно влияет на специфику переживания и выражения эмоционального дистресса. Vöge et al. (2020) в междисциплинарном исследовании смешанного дизайна, сравнивавшем вьетнамских (n=104) и немецких (n=104) амбулаторных психиатрических пациентов в Берлине, выявили культурные и миграционные темы дистресса, специфичные для вьетнамских мигрантов, включая воспитание детей в транскультурном контексте. Центральной эмической темой являлись «моменты молчания», выходящие за рамки недостаточного владения языком и затрагивающие различные сферы жизни пациентов [104]. Систематический обзор Chew-Graham et al. (2022), включивший 21 качественное исследование переживания эмоционального дистресса и обращения за помощью у лиц южноазиатского происхождения, выявил три основные темы: понимание эмоционального дистресса (использование немедицинской терминологии, например «напряжение»), переживание дистресса (множественные формы неравенства, культурные факторы, гендерные различия) и поведение по обращению за помощью (самопомощь, поддержка семьи и религиозных общин, недостаточная клиническая поддержка) [105].

Языковые барьеры и связанная с ними дискриминация оказывали существенное влияние на психическое здоровье иностранных студентов. Liao et al.

(2023) среди 222 иностранных студентов китайского происхождения в США обнаружили, что межличностный стыд опосредовал связь между воспринимаемой языковой дискриминацией и депрессивными симптомами. Коллективная самооценка выступала модератором: при высоких уровнях позитивной идентификации со своей культурной группой эффект языковой дискриминации на депрессию не являлся значимым [106].

Иностранные студенты сталкивались с существенными барьерами при обращении за психологической помощью. Clough et al. (2019) при сравнении 357 студентов австралийских вузов (148 местных, 209 иностранных) установили, что иностранные студенты имели более низкую осведомлённость в вопросах психического здоровья и менее благоприятное отношение к профессиональной помощи; в случае суицидальных мыслей они демонстрировали значительно более низкое намерение обращаться за помощью [107]. Maeshima и Parent (2022) среди 2071 студента азиатского происхождения показали, что воспринимаемая стигма усиливала личную стигматизацию, которая, в свою очередь, опосредовала влияние на намерения обращаться за помощью; данный эффект был более выражен у иностранных студентов [108]. Скопинг-обзор Dombou et al. (2023), включивший 47 исследований, систематизировал основные барьеры: стигматизация, страх, дискриминация, культурные нормы, низкая осведомлённость в вопросах психического здоровья, практические проблемы (стоимость, язык, конфиденциальность). Факторами, способствующими обращению за помощью, являлись женский пол, высокая осведомлённость в вопросах психического здоровья, успешная аккультурация и поддержка сверстников [109].

Пандемия COVID-19 создала уникальные стрессоры для иностранных студентов. Литературный обзор Akiba et al. (2024), охвативший 50 статей, выявил семь основных тем: академические и профессиональные нарушения (переход к онлайн-обучению, отмена стажировок); визовые проблемы и неопределённость статуса пребывания; социальная изоляция и утрата сетей поддержки; жилищные условия (одиночество или конфликты при совместном проживании); финансовая и продовольственная нестабильность; проблемы со здоровьем — собственным и

близких; дискриминация и ксенофобия, особенно среди студентов из Восточной Азии [110]. Girmay и Singh (2019) в качественном исследовании 10 иностранных аспирантов в США обнаружили, что все участники переживали одиночество и социальную изоляцию; опыт ксенофобии и воспринимаемой неискренности со стороны местных студентов усугублял изоляцию [111].

Zhang и Goodson (2011) в систематическом обзоре предикторов психосоциальной адаптации иностранных студентов в США выделили три группы факторов: личностные (открытость, эмоциональная стабильность, самооффективность, владение языком), межличностные (социальная поддержка со стороны сверстников, семьи, местных граждан) и контекстуальные (институциональная поддержка, культурная дистанция, дискриминация) [112].

Социодемографические и экономические факторы существенно влияли на психическое здоровье студентов. January et al. (2018) в протоколе систематического обзора подчеркнули, что студенты в странах с низким и средним уровнем дохода сталкиваются с уникальными проблемами: ограниченными ресурсами, недостаточной инфраструктурой психиатрической помощи и значительным экономическим давлением [113]. Wong et al. (2023) среди 388 малайзийских студентов в период пандемии COVID-19 выявили симптомы депрессии от умеренных до тяжёлых у 53,9%, тревоги — у 66,2%, стресса — у 44,6%; защитными факторами являлись регулярные физические упражнения (≥ 3 раз в неделю) и отсутствие депрессии в анамнезе [114]. Siddik et al. (2023) в общенациональном исследовании абитуриентов Бангладеш ($n=5263$) обнаружили распространённость депрессии около 74%; женщины были в 1,8 раза более склонны к более высоким уровням депрессии; факторами риска являлись отсутствие физической активности (двукратное увеличение риска), добрачные отношения, низкая уверенность в подготовке к экзаменам, опыт шантажа и семейные конфликты [115].

Гендерные различия в депрессии опосредованы социальными факторами на уровне страны. Pacheco et al. (2019) в мета-регрессионном анализе установили, что гендерный разрыв в депрессивных симптомах у студентов-медиков (женщины сообщали о более высоких уровнях) был более выражен в странах с высоким

гендерным неравенством; в более эгалитарных странах этот разрыв уменьшался [116].

Стили совладания и резильентность (психологическая устойчивость) играют ключевую роль в адаптации к стрессу. Мета-анализ Dong et al. (2023, 49 исследований, $n \approx 34\ 669$) показал, что проблемно-ориентированное совладание негативно коррелировало с социальной тревогой ($r \approx -0,198$), а эмоционально-ориентированное — позитивно ($r \approx +0,223$); эффекты были сильнее при более высоком национальном доходе и у студентов старших курсов [117]. Foryska et al. (2022) среди 1858 польских студентов-медиков выявили низкую резильентность примерно у 72%; студенты-волонтеры, работавшие на передовой в период пандемии COVID-19, демонстрировали более низкие показатели эмоционального истощения и цинизма, а также более высокую резильентность [118].

Исследование в США ($n=162$) показало, что наиболее распространёнными копинг-стратегиями у студентов-медиков являлись поиск социальной поддержки (80,8%), физическая активность (66,9%) и хобби (53,8%); 90,2% отмечали эффективность используемых стратегий; женщины достоверно чаще испытывали постэкзаменационные депрессивные симптомы [119]. В Нигерии ($n=211$) распространённость депрессии составила 75,4%; основными стрессорами являлись академическая нагрузка (78,5%) и недостаток времени для семьи (58,1%); стратегии совладания включали использование социальных сетей (84,2%) и стриминговых платформ (78,5%); распространённость депрессии снижалась от 4-го курса (87,7%) к 6-му (57,6%) [120]. В кашмирской выборке из 264 студентов тревога и депрессия обнаружались у каждого второго — 55% случаев. Те, кто привычно прибегал к дезадаптивным способам совладания (около 30% выборки), демонстрировали достоверно более высокие показатели и тревоги ($p=0,001$), и депрессии ($p=0,008$). Сон оказался независимой переменной с весомым вкладом: его качество коррелировало с депрессией на уровне $r=0,56$ и с тревогой — $r=0,52$ [121]. Сетевой анализ 1582 китайских аспирантов-медиков дал несколько иные цифры — депрессивная симптоматика встречалась у 24,21%, тревожная у 19,91%, — однако главным результатом стало не это, а демонстрация того, насколько по-разному

копинг-стили влияют на отдельные симптомы внутри общего кластера расстройств [122]. В отечественной литературе Ивашкина и соавт. (2020) зафиксировали у студентов I–II курсов РНИМУ им. Н.И. Пирогова преобладание адаптивных стратегий совладания, причём выраженность этой тенденции варьировала в зависимости от факультета [123].

Религиозное совладание оказалось в отдельной категории и трактовка результатов неоднозначна. При изучении 156 сомалийских студентов в США группой Areba et al. в 2018 году выяснили, что негативное религиозное совладание – переживание богооставленности, чувство наказания – сопровождалось увеличением депрессивной и тревожной симптоматики ($b \approx 0,06$; $p = 0,003$), тогда как позитивное – молитва, упование, духовная поддержка общины – наоборот, ассоциировалось со снижением депрессии ($b \approx -0,04$; $p = 0,05$) [124]. Исследование на сирийской популяции ($n = 1056$) выявило другую проблему – обширную стигматизацию данного состояния: 47,80% респондентов утверждают, что человек с депрессией способен просто взять себя в руки, 14,60% отказываются признавать депрессию самостоятельным заболеванием, а каждый пятый заявил, что никому бы не рассказал о собственных депрессивных переживаниях [125]. Неблагоприятный детский опыт (ACEs – Adverse Childhood Experiences) является значимым предиктором депрессии. Тао et al. (2023) среди 368 китайских студентов-медиков описали выраженный прямой эффект НДО на депрессию ($\beta \approx 0,438$); косвенные пути через семейное функционирование (около 5,9% эффекта), инсомнию (около 23,5%) и их последовательную медиацию (около 8,7%) составляли 38,1% общего эффекта [126]. Xu et al. (2022, $n = 332$, Гонконг) показали, что позитивный детский опыт независимо был связан с более низкими шансами депрессии и тревоги даже после учёта НДО; при наличии ≥ 4 видов НДО ассоциации с негативными исходами усиливались [127]. Lemon et al. (2022) среди 666 студентов расовых меньшинств в США (56% имели ≥ 1 вид НДО, 70% — опыт расовой дискриминации) обнаружили, что оба фактора были связаны с депрессивными симптомами; надежда и социальная поддержка выступали защитными факторами; среди студентов азиатского происхождения надежда ослабляла связь дискриминации с депрессией

[128]. Li et al. (2022) в лонгитюдном исследовании 3662 первокурсников-медиков идентифицировали пять паттернов НДО и три траектории депрессии; множественные виды неблагоприятного опыта повышали риск высоких траекторий депрессии [129]. Chen et al. (2022) установили, что молодые люди с негетеросексуальной ориентацией имели более высокую распространённость НДО, а негативные эффекты НДО были более выражены в этой группе [130]. Thurston et al. (2023) разработали протокол систематического обзора проспективных ассоциаций НДО с депрессией, тревогой, ПТСР и суицидальностью [131].

Травматические переживания были широко распространены среди студентов-медиков. Jarczewska-Gerc et al. (2023, n=594, Польша) выявили травматический опыт у 78% респондентов; у 15% наблюдались умеренные и тяжёлые симптомы ПТСР, у 23% — депрессия, у 30% — тревога; количество травм коррелировало с выраженностью симптомов [132]. Сексуальные домогательства представляли серьёзную проблему: Leer et al. (2020, n=524, США) обнаружили, что 36,6% студентов подвергались домогательствам со стороны преподавателей, 38,5% — со стороны сокурсников; женщины имели в 9,83 раза более высокий риск; жертвы чаще сообщали о депрессии и ПТСР [133]. Rull et al. (2023, Швейцария) подтвердили связь сексизма и домогательств с депрессией (ОШ 2,29), суицидальными мыслями, тревогой, выгоранием и употреблением психоактивных веществ [134].

Международное исследование WMH-ICS (n=60 719, 18 стран) продемонстрировало значимую ассоциацию пяти типов неблагоприятного детского опыта с распространённостью и персистенцией психических расстройств у студентов на протяжении жизни [135]. Картина, складывающаяся из российских исследований, подтверждают эти закономерности. Кибитов с коллегами (2021) установили, что детское насилие предопределяет суицидальное поведение во взрослом возрасте, увеличивая риск суицидальной попытки почти в пять раз (ОШ 4,821). Впрочем, эта связь не является прямолинейной: при наличии семейной психиатрической отягощённости картина менялась, что указывает на сложное

взаимодействие биологических и средовых факторов [136]. Герасимчук и соавт. (2024) подошли к смежной проблеме иначе — оценивая мотивацию к лечению. Их данные показали, чем больше видов неблагоприятного опыта пережил человек, тем сильнее, как правило, его стремление получить помощь — прирост шансов составлял 1,4 раза на каждый дополнительный вид травмы. Однако присутствие в анамнезе сексуального насилия не усиливало, а подавляло мотивацию к лечению, с десятикратным снижением [137]. Оруджев и Черная (2015) сосредоточились на несовершеннолетних жертвах сексуального насилия на выборке из 93 человек, и психические расстройства выявлялись у 43%. А у 53% обследованных в семейном анамнезе обнаружена наследственная отягощённость алкоголизмом или психической патологией [138]. Мета-анализ Oliveira et al. (2023), включивший 15 РКИ (n=1619), показал умеренную эффективность интернет-КПТ (иКПТ) на интерактивных платформах для студентов с тревогой ($g=-0,48$); управляемая иКПТ превосходила неуправляемую ($g\approx-0,56$ против $-0,37$), хотя разница не была статистически значимой [139]. Мета-анализ индивидуальных данных Karyotaki et al. (2019, n=2866, 29 РКИ) установил, что около 27% получавших иКПТ не ответили на лечение; предикторами отсутствия ответа являлись более высокая исходная тяжесть ($OR\approx 2,0$), первичное тревожное расстройство ($OR\approx 5,8$) и мужской пол ($OR\approx 1,8$) [140]. Однако РКИ Karyotaki et al. (2022, n=100) не выявило значимого преимущества управляемой иКПТ над обычным лечением по показателям депрессии, тревоги и качества жизни [141]. Мета-анализ Madrid-Cagigal et al. (2025, 34 исследования) показал средние размеры эффекта цифровых вмешательств для депрессии ($d\approx 0,55$) и тревоги ($d\approx 0,46$); для тревоги полностью автоматизированные вмешательства оказались эффективнее управляемых ($d\approx 0,55$ против $0,35$) [142].

Низкая обращаемость за помощью (менее 25% студентов с проблемами психического здоровья) обуславливала актуальность цифровых интервенций [143]. Крупнейший мета-анализ КПТ Cuijpers et al. (2023, 409 РКИ, n=52 702) продемонстрировал умеренные и большие эффекты по сравнению с контролем ($g=0,79$), сохранявшиеся при 6—12-месячном наблюдении; комбинированное лечение превосходило монотерапию антидепрессантами ($g=0,51$) [144]. Мета-

эпидемиологическое исследование Aemissegger et al. (2022, 58 РКИ) показало, что пациенты в исследованиях цифровых вмешательств имели более длительную продолжительность депрессии (10,0 против 2,8 года) и реже получали предшествующее лечение [145]. Факториальное РКИ Nakagami et al. (2024, n=1301) не выявило значимых различий между компонентами интернет-КПТ в профилактике депрессии, хотя значимое снижение симптомов наблюдалось у всех участников [146]. Klein et al. (2021) представили протокол РКИ программы «ICare Prevent» с участием 276 студентов [147]. Исследование Grüneberg et al. (2025, n=245) выявило высокий уровень принятия приложений для психического здоровья студентами-медиками ($M=3,72$); предикторами являлись ожидаемая эффективность, социальное влияние и симптомы тревоги [148].

Нарушения сна представляют модифицируемый фактор риска депрессии. Несмотря на высокую коморбидность инсомнии и депрессии (до 85%), существующие методы лечения депрессии не приводили к существенному улучшению симптомов инсомнии [149]. Обзор Mirchandaney et al. (2022) показал, что КПТ инсомнии (КПТ-И) превосходила традиционное лечение в улучшении симптомов инсомнии при коморбидных расстройствах [150]. РКИ Chen et al. (2025, n=708) продемонстрировало, что 6-недельная КПТ-И на основе мобильного приложения была эффективна в профилактике депрессии: новый эпизод развился у 10% в группе интервенции против 18% в контрольной группе ($HR=0,58$); число пациентов, которых необходимо пролечить для предотвращения одного случая (NNT), составило 10,9 [151]. Schuffelen et al. (2025, n=140) показали, что добавление цифровой КПТ-И к обычной помощи значимо снижало депрессивные симптомы ($d=0,66—0,78$) [152]. Крупное РКИ Heinrich et al. (2025, n=1899) продемонстрировало эффективность интернет-КПТ депрессии с поддержкой терапевта ($d=0,7—0,8$) как в качестве монотерапии, так и в дополнение к антидепрессантам [153]. Однако прагматическое внедрение IntelliCare (Lattie et al., 2022) показало низкую вовлечённость: только 117 студентов зарегистрировались, около 24% использовали приложение однократно; барьерами являлись усталость от экранного времени и информационная перегрузка [154].

Традиционная психотерапия сохраняла высокую эффективность. Мета-анализ Cuijpers et al. (2020, 366 РКИ, $n=36\ 702$) установил общий эффект психотерапии при депрессии 0,75, с вариациями по возрасту: молодые взрослые (18—24 года) показали наивысшие размеры эффекта (около 0,98) [155]. Steinert и соавт. (2017) в своем мета-анализе РКИ проанализировали почти две с половиной тысячи участников и наглядно показали разрыв между тем, что даёт простое ожидание, и тем, что даёт лечение: в контрольных группах эффект оставался минимальным ($g=0,128$), тогда как терапевтическое вмешательство обеспечивало большой размер эффекта ($g=0,887$) при социальном тревожном расстройстве [156]. Примерно тогда же Harper Shehadeh и соавт. (2016) проанализировали 8 РКИ с 684 участниками и установили, что минимально управляемые вмешательства, адаптированные под культурный контекст, существенно снижали выраженность тревоги и депрессии ($SMD\approx-0,81$), причём каждый добавленный элемент культурной адаптации давал дополнительный прирост эффекта на 0,117 — то есть чем тщательнее программа составлялась с учетом культурных особенности участников, тем ощутимее был результат [157].

Терапия, сфокусированная на сострадании (CFT), накапливает всё более весомые свидетельства в свою пользу. Brown и Ashcroft (2024), обобщив данные 21 исследования с 450 участниками из клинических популяций, зафиксировали устойчивый рост самосострадания (g в диапазоне 0,23—4,14) на фоне снижения самокритики (g от 0,29 до 1,56) [158]. На студенческой выборке схожие результаты получили Farhadi и соавт. (2023) - у 40 участников терапия самосострадания достоверно снижала когнитивную уязвимость к депрессии ($F=22,78$) и дисфункциональные установки, одновременно повышая самооценку [159].

Доказательная база терапии принятия и ответственности (ACT) так же продолжает расти, с умеренными размерами эффекта [160].

Davis et al. (2023, $n=142$) показали, что ACT и КПТ эффективно снижали депрессию, причём ACT демонстрировала небольшое преимущество [161]. Thomas et al. (2023, $n=34$) подтвердили эффективность 6-недельной ACT-интервенции на основе мобильного приложения [162]. Крупное РКИ Wang et al. (2024, $n=520$)

продемонстрировало, что интернет-программа iACT 2.0 без поддержки терапевта значительно снижала депрессию, тревогу и стресс у китайских студентов-медиков [163]. Shiri et al. (2022, n=100) показали эффективность групповой АСТ у девушек-подростков с сохранением эффектов через 8 недель [164]. Элементы диалектической поведенческой терапии (ДПТ) также были эффективны: ElBarazi et al. (2024, n=100) показали снижение стресса ($d=0,52$), тревоги ($d=0,30$) и депрессии ($d=0,21$) после ДПТ-тренинга [165]. Lee et al. (2023, n=131) продемонстрировали, что даже краткая 45-минутная онлайн-сессия ДПТ значительно снижала стресс [166]. Wu et al. (2023) подтвердили эффективность ДПТ-навыков межличностной эффективности у медицинских сестёр [167].

Фармакологическое лечение депрессии имеет обширную доказательную базу. Сетевой мета-анализ Cipriani et al. (2018, 522 РКИ, n=116 477) показал, что все 21 антидепрессант были эффективнее плацебо (ОШ от 1,37 для ребоксетина до 2,13 для амитриптилина); переносимость варьировала между препаратами [168]. Frampton (2016) рассмотрел вортиоксетин, демонстрирующий улучшение когнитивных функций независимо от улучшения настроения и более низкий риск сексуальной дисфункции [169]. Систематический обзор Whiston et al. (2022, n=1389) показал, что депрессивное настроение и ангедония являлись устойчиво центральными резидуальными симптомами как после КПТ, так и после терапии антидепрессантами [170]. Исследование Nalçakan et al. (2022) выявило, что студенты-медики 6-го курса имели значимо менее стигматизирующие взгляды на антидепрессанты по сравнению со студентами 1-го курса [171].

Образовательные программы и культурно-адаптированные интервенции дополняли психотерапевтические подходы. Ang и соавт. (2022, n=10) зафиксировали значимое улучшение психологической устойчивости ($d\approx 0,79$) и метакогнитивной саморегуляции ($d\approx 1,31$) по завершении цифровой программы тренировки стрессоустойчивости [172]; вместе с тем малочисленность выборки требует осторожности при обобщении полученных результатов. Lan и соавт. (2024) подтвердили эффективность комбинированного вмешательства, сочетавшего развитие навыков осознанности с формированием жизненных компетенций [173].

Доказательная база психообразовательных программ заслуживает отдельного рассмотрения. Moreno-Lacalle (2016) провёл мета-анализ 11 рандомизированных контролируемых исследований с суммарной выборкой 1560 человек и установил статистически значимый, однако небольшой по величине эффект психообразования на выраженность депрессивной симптоматики ($g=-0,293$) [174]. Günaydin (2022) получил более противоречивые данные: групповое психообразование достоверно снижало уровень стресса у студентов сестринских специальностей, тогда как на показатели депрессии и тревоги значимого влияния выявлено не было [175]. В исследовании Harrer и соавт. (2021, $n=200$) интернет-вмешательство, направленное на управление стрессом, превосходило по эффективности онлайн-психообразование ($d=0,36$) [159]. Savell и соавт. (2023, $n=66$) показали, что прохождение психообразовательного курса сопровождалось снижением академического дистресса и уменьшением стигматизирующих установок в отношении психических расстройств [160]. Albor et al. (2024) документировали успешную культурную адаптацию программы SilverCloud для студентов Колумбии и Мексики; 87,7—96,2% пользователей ($n=765$) оценили модули как полезные [161]. Saherwala et al. (2021) подчеркнули специфические трудности в оказании помощи мусульманским женщинам, включая стигматизацию и особенности культурных убеждений [162].

Более глубокое понимание социокультурного контекста депрессивных расстройств неотделимо от вопросов их медикаментозной коррекции. В рамках настоящего исследования в качестве базового препарата был использован флуоксетин. Во-первых, флуоксетин относится к препаратам первой линии терапии депрессивных расстройств согласно российским клиническим рекомендациям «Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство» [177] и международным руководствам: APA Practice Guideline for the Treatment of Depression [178], NICE Depression in Adults: Treatment and Management [179], CANMAT Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults [180]. СИОЗС, в том числе флуоксетин, рекомендованы в качестве препаратов

первой линии при депрессии; при этом флуоксетин отличается хорошей переносимостью наряду с эсциталопрамом, сертралином и вортиоксетином [168].

Во-вторых, флуоксетин является единственным антидепрессантом, лицензированным для лечения депрессии у детей и подростков в ряде стран, включая Великобританию, и рекомендуется Американской академией детской и подростковой психиатрии (AACAP) в качестве препарата выбора для молодых пациентов [181]. Мета-анализ Hetrick et al. (2021) [182] подтвердил, что флуоксетин демонстрирует наиболее благоприятное соотношение эффективности и безопасности среди антидепрессантов у молодых людей. Крупнейшее РКИ флуоксетина при депрессии у молодых людей (Treatment for Adolescents with Depression Study — TADS) продемонстрировало $NNT=4$, что свидетельствует о высокой эффективности препарата в данной возрастной группе [183].

В-третьих, фармакокинетические особенности флуоксетина делают его особенно удобным для применения в студенческой популяции. Длительный период полувыведения (2—4 дня для препарата и 7—9 дней для активного метаболита норфлуоксетина) обеспечивает преимущества при нерегулярном приёме, что актуально для студентов с нестабильным режимом дня [184]. В отличие от других СИОЗС, резкая отмена флуоксетина не сопровождается выраженным синдромом отмены [185], что повышает безопасность терапии в условиях возможного нарушения комплаентности.

В-четвёртых, флуоксетин является одним из наиболее финансово доступных антидепрессантов, т.к. на территории Российской Федерации стоимость дженериков составляет около 2,6 рублей за таблетку, делая его одним из самых дешёвых СИОЗС на внутреннем и международном рынке [186]. Флуоксетин включён в Перечень основных лекарственных средств ВОЗ [187] и доступен в большинстве стран, включая страны с низким и средним уровнем дохода [188]. Для иностранных студентов данный фактор имеет решающее значение, потому что большинство из них описывает свое финансовое состояние как крайне стесненное.

Наконец, спектр терапевтической активности флуоксетина также соответствовал клиническим особенностям исследуемой популяции: помимо

антидепрессивного эффекта, препарат обладает доказанной эффективностью при коморбидных тревожных расстройствах, обсессивно-компульсивном расстройстве и расстройствах пищевого поведения (булимия, психогенное переедание) – состояниях, часто сопутствующих депрессии у студентов [189].

Заключение

Данный литературный обзор показывает, насколько распространены и многофакторны проблемы психического состояния среди студентов высших учебных заведений в мире. Исследования показывают, что от 32 % до 50 % студентов страдают клинически значимыми симптомами депрессии, тревоги или других психических расстройств. Пандемия COVID-19 сделала дело хуже, добавив стрессоры и изменив традиционные источники поддержки. Исследователи определяют многие взаимосвязанные факторы риска: учёбу, финансовое положение, социальную изоляцию, сон, психическую травму детства, дискриминацию, проблемное использование технологий.

Определённые группы студентов, такие как студенты-медики, иностранные студенты, представители расовых и этнических меньшинств, лиц с негетеросексуальной ориентацией и те, кто имеет любой травматический опыт, сталкиваются с повышенными рисками и иными сопутствующими трудностями.

Вместе с тем исследования также выявляют защитные факторы и эффективные вмешательства, например, социальная поддержка, физическая активность, здоровый сон, адаптивные копинг-стратегии, позитивная подпитка культурной идентичности и доступ к культурно-адаптированным службам психического здоровья способны значительно улучшить исходы для этих уязвимых групп студентов.

Полученные данные свидетельствуют о недостаточности изолированных, узконаправленных мер. Решение этой проблемы требует комплексного подхода — на уровне отдельного студента, учебного заведения и системы здравоохранения в целом. Университетам надлежит не только развивать службы психологической помощи, но и целенаправленно устранять структурные факторы, генерирующие стресс. Превентивные программы, своевременная диагностика и последовательное

снижение стигматизации составляют, по существу, минимально необходимый набор компонентов любой жизнеспособной стратегии.

Вместе с тем накопленный массив данных обнаруживает существенные лакуны. Подавляющее большинство исследований выполнено на монокультурных выборках из западных стран — и это не частная методологическая особенность, а системное ограничение всей области. Депрессивные расстройства у студентов из Африки, государств Ближнего Востока и других незападных регионов изучены фрагментарно. Отдельную проблему представляет практически полное отсутствие работ о роли эндемичных инфекций — малярии, кори — в патогенезе депрессии у студентов-мигрантов. Нейровоспалительные механизмы этой связи теоретически обоснованы; эмпирическая база, однако, остаётся крайне скудной.

Недостаточно исследованы этнокультуральные различия в клинической картине депрессии, паттернах коморбидности и предпочтительных копинг-стратегиях. Остаётся открытым вопрос о сравнительной эффективности различных терапевтических подходов (психотерапия, фармакотерапия, психообразование) с учётом культурных особенностей пациентов. Наконец, практически не разработаны культурно-адаптированные протоколы диагностики и лечения депрессии для полиэтничной студенческой среды, что существенно ограничивает возможности оказания адресной помощи данному контингенту.

Настоящее исследование призвано восполнить часть указанных пробелов путём комплексного сравнительного анализа депрессивных расстройств у студентов-медиков африканского, ближневосточного и российского происхождения с оценкой этнокультуральной специфики клиники, коморбидности, факторов риска и эффективности различных терапевтических стратегий.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика выборки

2.1.1. Дизайн исследования

Проведено проспективное сравнительное клинико-психопатологическое исследование, включавшее интервенционный контролируемый этап. Исследование выполнялось на базе Клинико-диагностического центра Российского университета дружбы народов (КДЦ РУДН) в период с октября 2022 по апрель 2025 года. Дизайн исследования включал три последовательных этапа: I — диагностический (недели 1–2), II — интервенционный (недели 3–14), III — катamnестический (3–6 месяцев после завершения интервенции).

2.1.2. Критерии включения и исключения

Критерии включения:

1. Возраст 18-30 лет;
2. Статус студента медицинского факультета РУДН (1-3 курсы);
3. Гражданство одной из следующих категорий:
 - Страны Африки (Алжир, Нигерия, Гана, Сьерра-Леоне, Ботсвана, Танзания, Зимбабве, Замбия, Намибия);
 - Страны Ближнего Востока (Иран, Турция, Египет, Ливан, Ирак);
 - Российская Федерация.
4. Владение русским или английским языком на уровне, достаточном для прохождения психометрического тестирования;
5. Наличие жалоб и/или депрессивной симптоматики, соответствующих критериям депрессивного эпизода (F32), по МКБ-10, либо результат $BDI \geq 10$ баллов при скрининговом обследовании;
6. Информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Психотические симптомы на момент обследования;
2. Выраженные органические психические расстройства;
3. Зависимость от психоактивных веществ.

4. Тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации;
5. Суицидальный риск высокой степени (>19 баллов по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида);

2.1.3. Формирование выборки и дизайн исследования

Первичный скрининг на наличие депрессивной симптоматики был проведён среди 1247 студентов медицинского факультета РУДН, соответствовавших социодемографическим критериям включения. Из них у 486 (39,0%) были выявлены клинически значимые депрессивные симптомы по результатам шкалы депрессии Бека ($BDI \geq 10$ баллов) и/или при предъявлении жалоб, соответствующих критериям депрессивного эпизода по МКБ-10. После применения критериев включения и исключения, проведения клинического интервью и получения информированного согласия в исследование были включены 223 студента с симптомами депрессивного эпизода.

Этапы исследования

Исследование проводилось в три последовательных этапа.

I этап — диагностический (недели 1–2). На данном этапе осуществлялся первичный скрининг с использованием шкалы депрессии Бека (BDI), проводилось клиническое интервью для верификации диагноза депрессивного эпизода по критериям МКБ-10, а также комплексная психометрическая оценка с применением батареи валидизированных инструментов (STAI, PSM-25, ACE, WCQ). Дополнительно собирались данные о социодемографическом статусе, соматическом и психиатрическом анамнезе, перенесённых инфекционных заболеваниях, культурных и религиозных убеждениях в отношении психического здоровья.

II этап — интервенционный (недели 3–14). Студенты с верифицированным диагнозом были рандомизированно распределены в три смешанные терапевтические группы вне зависимости от этнической принадлежности:

- группа когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) — 41 человек, 8 индивидуальных сессий по 50 минут с частотой 1 раз в неделю;

- группа психообразовательного тренинга — 49 человек, 3х дневный психообразовательный тренинг;
- группа фармакотерапии СИОЗС — 45 человек, приём флуоксетина в дозе 20–40 мг/сут под наблюдением психиатра с контрольными визитами каждые 2 недели.

Культурная адаптация протоколов включала: проведение сессий на русском или английском языке по выбору участника, учёт религиозных практик при планировании встреч, интеграцию культурно-релевантных примеров и метафор, привлечение переводчиков при необходимости.

III этап — катамнестический (месяцы 3–6 после завершения интервенции). На данном этапе проводилась оценка устойчивости терапевтического эффекта с повторным психометрическим обследованием через 3 и 6 месяцев после завершения активной фазы лечения. Фиксировались показатели ремиссии, рецидивов, а также приверженность поддерживающей терапии.

В сформированной выборке были представлены три группы.

1. Группа студентов из стран Африки включала 81 человека (44 мужчины — 54,3% и 37 женщин — 45,7%) со средним возрастом $23,4 \pm 2,8$ года. Распределение по курсам: 1 курс — 21 человек (25,9%), 2 курс — 25 человек (30,9%), 3 курс — 35 человек (43,2%).
2. Группа студентов с Ближнего Востока включала 78 студентов (44 мужчины — 56,4% и 34 женщины — 43,6%) со средним возрастом $22,7 \pm 2,5$ года. Распределение по курсам: 1 курс — 21 человек (26,9%), 2 курс — 23 человека (29,5%), 3 курс — 34 человека (43,6%).
3. Российская группа (группа сравнения) включала 64 студента (12 мужчин — 18,8% и 52 женщины — 81,2%) со средним возрастом $21,9 \pm 2,3$ года. Распределение по курсам: 1 курс — 16 человек (25,0%), 2 курс — 23 человека (35,9%), 3 курс — 25 человек (39,1%).

Анализ социодемографических характеристик показал, что большинство студентов во всех группах не состояли в браке: в группе студентов из Африки —

71 человек (87,7%), из стран Ближнего Востока — 64 человека (82,1%), из России — 58 человек (90,6%). Доля состоящих в браке варьировала от 7,8% в группе студентов из России (5 человек) до 15,4% в группе студентов с Ближнего Востока (12 человек); в группе студентов из Африки — 8 человек (9,9%). Случаи развода или раздельного проживания были единичными: 2 человека (2,5%) в группе студентов из Африки, 2 человека (2,6%) в группе студентов с Ближнего Востока и 1 человек (1,6%) в группе студентов из России.

Условия проживания значительно различались между группами: все студенты из Африки (100%) проживали в общежитии, среди студентов с Ближнего Востока — 53 человека (67,9%), тогда как в группе студентов из России этот показатель составил лишь 29 человек (45,3%). Среди студентов из России выше была доля проживающих с родителями или в собственном жилье — 15 человек (23,4%). Съёмное жильё было характерно для 23 студентов с Ближнего Востока (29,5%) и 20 студентов из России (31,3%).

Финансовое положение, по субъективной оценке, оказалось наиболее неблагоприятным в группе студентов из Африки: 66 человек (81,5%) оценили его как «недостаточное» и лишь 8 человек (9,9%) — как «хорошее». Критически важно, что значительная часть студентов из Африки (71 человек, 87,7%) были вынуждены совмещать учёбу с работой, преимущественно в ночные смены на низкооплачиваемых должностях в сфере обслуживания, охраны и логистики, что создавало дополнительную психофизиологическую нагрузку и нарушало циркадные ритмы. Данный фактор «двойного бремени» — сочетание академического стресса с ночной трудовой деятельностью — являлся уникальной характеристикой когорты студентов из Африки, тогда как студенты с Ближнего Востока и из России крайне редко прибегали к подобной стратегии. Среди студентов с Ближнего Востока 25 человек (32,1%) оценили своё финансовое положение как недостаточное и 13 человек (16,7%) — как хорошее; в группе студентов из России аналогичные показатели составили 18 человек (28,1%) и 10 человек (15,6%) соответственно. Таким образом, более половины респондентов во всех группах оценивали своё материальное положение как «удовлетворительное»,

однако только в выборке студентов из Африки эта оценка маскировала экстремальные усилия по поддержанию минимального уровня жизни. Для иностранных студентов учитывалась также длительность пребывания в России. В группе студентов из Африки 14 человек (17,3%) находились в России 2 года, 38 человек (46,9%) — 3 года и 29 человек (35,8%) — 4 года. В группе студентов из Ближнего Востока аналогичное распределение составило: 11 человек (14,1%) обучались в РФ 2 года, 32 человека (41,0%) — 3 года и 35 человек (44,9%) — 4 года.

2.2. Применяемые диагностические методики

Для комплексной оценки психического состояния студентов использовался широкий спектр валидизированных психометрических инструментов, охватывающих депрессивную и тревожную симптоматику, уровень стресса, опыт психотравматизации, соматические проявления, особенности сна, пищевого и психосексуального поведения, а также копинг-стратегии и отношение к лечению. Оценка депрессивной симптоматики проводилась с помощью шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) в русской адаптации Н.В. Тарабриной (2001) для русскоязычных респондентов и оригинальной англоязычной версии для иностранных студентов (Приложение А). Шкала включает 21 пункт, оценивающий когнитивные, аффективные и соматические проявления депрессии за последние две недели. Интерпретация проводилась по четырём уровням тяжести: от 0 до 9 – отсутствие депрессивных симптомов; от 10 до 15 – легкая депрессия (субдепрессия); от 16 до 19 – умеренная депрессия; от 20 до 29 – выраженная депрессия (средней тяжести) от 30 до 63 – тяжелая депрессия. В качестве порогового значения для включения в исследование использовался показатель ≥ 10 баллов, свидетельствующий о наличии клинически значимой депрессивной симптоматики. В исследуемой выборке показатель внутренней согласованности составил α Кронбаха = 0,91.

Оценка тревожности осуществлялась с использованием шкалы тревожности Спилбергера–Ханина (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), позволяющей отдельно оценивать ситуативную (реактивную) и личностную тревожность (по 20 пунктов каждая) (Приложение Б). Пороговые значения интерпретировались как низкий (< 30

баллов), умеренный (31–44 балла) и высокий (≥ 45 баллов) уровни тревожности. Показатели внутренней согласованности в исследуемой выборке составили $\alpha=0,92$ для ситуативной и $\alpha=0,90$ для личностной подшкалы.

Оценка стресса и неблагоприятного детского опыта включала несколько инструментов. Использовалась шкала психологического стресса PSM-25 (адаптация Н.Е. Водопьяновой, 2009), позволяющая оценить поведенческие, соматические и эмоциональные индикаторы напряжения (Приложение В). Интерпретация проводилась по трём уровням: низкий (< 100 баллов), средний (100–125 баллов), высокий (> 125 баллов). Неблагоприятный детский опыт (НДО) оценивался с помощью опросника Adverse Childhood Experiences (ACE) в адаптации М.Ю. Герасимчука, охватывающего 10 категорий травматических событий (Приложение Г). Сумма баллов ≥ 5 ассоциирована с повышенным риском психической патологии.

Копинг-стратегии анализировались с помощью опросника способов совладания (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) в адаптации НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И. и соавт., 2009), включающего восемь базовых стратегий: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы и положительная переоценка (Приложение Д).

Оценка болевого синдрома проводилась с использованием визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ) и структурированного опросника локализации болевых ощущений. ВАШ представляет собой горизонтальную линию длиной 100 мм, на которой респондент отмечает интенсивность боли от 0 («боль отсутствует») до 100 («невыносимая боль»). Дополнительно фиксировались: локализация боли (головная боль, боль в шее, боль в спине, боль в суставах, мигрень), частота болевых эпизодов (ежедневно, несколько раз в неделю, несколько раз в месяц, редко) и связь с эмоциональным состоянием. На основании полученных данных рассчитывался композитный болевой индекс как сумма присутствующих болевых симптомов (диапазон 0–5). Наличие множественных болевых симптомов (≥ 2) рассматривалось как маркер выраженной соматизации (Приложение Е).

Дополнительные данные собирались с помощью специально разработанной структурированной анкеты, включавшей сведения о социодемографическом статусе, соматическом и психиатрическом анамнезе, актуальных психических и соматических жалобах, опыте перенесённых инфекционных заболеваний (малярия, корь, COVID-19), употреблении психоактивных веществ, а также о культурных и религиозных убеждениях в отношении психического здоровья и психиатрической помощи (Приложение Ж).

2.3. Статистическая обработка данных

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics (версия 26.0), R (версия 4.1), GraphPad Prism (версия 9.3.1), а также G*Power (версия 3.1.9.7) для расчёта мощности и априорного определения размера выборки.

Размер выборки был рассчитан заранее: при уровне значимости $\alpha=0,05$ и статистической мощности 80% для выявления средних размеров эффекта ($d=0,5$) методом однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) требовалось не менее 64 участников в каждой группе.

Количественные переменные описывались в виде среднего и стандартного отклонения ($M\pm SD$) при нормальном распределении или медианы и интерквартильного размаха ($Me [Q1; Q3]$) при его нарушении. Для ключевых показателей дополнительно рассчитывались 95% доверительные интервалы. Категориальные переменные представлялись в виде абсолютных и относительных частот ($n, \%$), также с вычислением 95% доверительных интервалов по методу Вилсона.

Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро–Уилка (при $n<50$) и критерия Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса (при $n\geq 50$). Дополнительно проводилась визуальная оценка гистограмм и Q–Q графиков, а также расчёт коэффициентов асимметрии и эксцесса (приемлемый диапазон $-2\dots+2$).

Для анализа межгрупповых различий использовались как параметрические, так и непараметрические методы в зависимости от распределения данных. При

нормальности применялись независимый t-критерий Стьюдента (для двух групп) и однофакторный ANOVA (для трёх групп) с post-hoc анализом по Тьюки. При отклонении от нормального распределения использовались критерий Манна–Уитни (для двух независимых выборок), критерий Краскела–Уоллиса (для трёх и более групп) с последующим post-hoc анализом по методу Данна с поправкой Бонферрони. Для категориальных переменных использовался χ^2 -критерий Пирсона — при условии, что ожидаемые частоты составляли не менее 5; в остальных случаях применялся точный критерий Фишера. Для ordinalных переменных применялся χ^2 -критерий.

Метод корреляционного анализа выбирался исходя из характера распределения данных: при нормальном распределении вычислялся коэффициент Пирсона (r), в случае его нарушения или при работе с ordinalными переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (ρ). В ситуациях, когда необходимо было контролировать влияние третьих переменных, рассчитывались частные корреляции. Для интерпретации величины коэффициентов использовалась стандартная градация: $|r| < 0,3$ соответствует слабой связи, $0,3–0,5$ — умеренной, $0,5–0,7$ — средней, $\geq 0,7$ — сильной.

Для построения прогностических моделей использовались регрессионные методы. Применительно к непрерывным исходам, прежде всего суммарному баллу по шкале BDI-II, строилась линейная регрессионная модель; предикторы включались и исключались пошаговым методом при пороговых значениях $p < 0,05$ и $p > 0,10$ соответственно. Проверка регрессионных допущений предусматривала: графический анализ остатков для оценки линейности зависимости, критерий Шапиро–Уилка для проверки нормальности остатков, тест Бройша–Пагана для выявления гетероскедастичности, расчёт показателя инфляции дисперсии для контроля мультиколлинеарности (пороговое значение $VIF < 10$), а также критерий Дарбина–Уотсона для оценки независимости остатков в допустимом диапазоне $1,5–2,5$. Логистическая регрессия использовалась для бинарных исходов (наличие клинически значимой депрессии, комплаентность к лечению). Результаты представлялись в виде отношения шансов (OR) и скорректированного OR (aOR) с

95% доверительными интервалами. Для оценки дискриминационной способности моделей использовался ROC-анализ с расчётом площади под кривой (AUC).

Эффективность интервенций оценивалась как во внутригрупповом, так и в межгрупповом аспектах. Для анализа динамики до и после вмешательства применялся парный t-критерий Стьюдента при нормальном распределении или критерий Вилкоксона при его нарушении. Сравнение эффективности между группами проводилось с использованием двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями (mixed ANOVA), анализа ковариации (ANCOVA) с использованием исходных значений в качестве ковариаты, а также метода обобщённых оценочных уравнений (GEE) для учёта коррелированных измерений. Размер эффекта определялся через d Коэна для парных сравнений (0,2 — малый, 0,5 — средний, 0,8 — большой), η^2 для ANOVA (0,01 — малый, 0,06 — средний, 0,14 — большой), а также через показатель Number Needed to Treat (NNT) для клинически значимых исходов.

Анализ выбывания включал сравнение исходных характеристик студентов, завершивших и не завершивших исследование, с уточнением причин отказа по группам. Стратегия работы с пропущенными данными определялась их долей. При объёме пропущенных данных менее 5% применялся анализ полных случаев; при 5–20% использовалась множественная импутация методом MICE с построением пяти наборов данных. Робастность полученных результатов оценивалась в рамках анализа чувствительности с использованием альтернативных подходов к обработке пропусков.

Контроль ошибок I рода при множественных сравнениях осуществлялся дифференцированно. Для независимых тестов применялась поправка Бонферрони, для зависимых — процедура контроля доли ложных открытий по методу Бенджамини–Хохберга; проверка связанных гипотез проводилась в иерархическом порядке.

Медиационный и модерационный анализ составляли самостоятельный аналитический блок. Медиационные модели — в частности, анализ роли копинг-стратегий в связи между травматическим опытом и депрессивной симптоматикой

— строились с применением бутстреп-процедуры на основе 5000 повторных выборок, что обеспечивало получение устойчивых доверительных интервалов для косвенных эффектов. Модерационный анализ был направлен на идентификацию переменных, модифицирующих величину или направление изучаемых связей — в частности, влияния половой принадлежности на ассоциацию между воспринимаемым стрессом и выраженностью депрессии. Для выделения скрытых подгрупп в студенческой выборке применялся кластерный анализ, реализованный иерархическим методом Варда с евклидовой мерой расстояния.

2.4. Этические аспекты

Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом Российского университета дружбы народов им. Патриса Лумумбы, протокол №8 заседания Комитета по Этике РУДН от 14 октября 2025г., и проводилось в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (редакция 2013 года). Все участники подписали письменное информированное согласие после получения полной информации о целях и задачах исследования, процедурах обследования и лечения, потенциальных рисках и ожидаемой пользе, а также о праве отказаться от участия или прекратить его в любой момент без объяснения причин. Участникам гарантировалась конфиденциальность предоставленных данных и возможность получения результатов обследования. Информационные материалы и формы согласия были доступны на русском, английском, французском и арабском языках, что обеспечивало понятность и доступность для студентов разных культурных групп.

Конфиденциальность данных обеспечивалась посредством анонимизации: каждому участнику присваивался уникальный идентификационный номер, а список соответствия имён и номеров хранился отдельно в защищённом паролем файле. В базе данных использовались исключительно идентификационные номера. Бумажные документы хранились в запираемом шкафу в КДЦ РУДН, электронные — на защищённом сервере университета с еженедельным резервным копированием. Доступ к исследовательским данным был ограничен членами рабочей группы. Безопасность участников обеспечивалась на протяжении всего

исследования. Нежелательные явления фиксировались в стандартизированных формах и подлежали еженедельному мониторингу в период терапии. Заблаговременно были установлены критерии досрочного прекращения участия при ухудшении состояния и разработан протокол реагирования на серьёзные неблагоприятные события.

Отдельным приоритетом являлась культурная чувствительность. К работе привлекались культурные медиаторы из студенческих землячеств; информационные материалы адаптировались с учётом культурного контекста; при необходимости принимались во внимание религиозные ограничения — в частности, сроки проведения обследований согласовывались с периодом Рамадана. Диагностические процедуры проводились на русском языке. Это решение было обосновано составом выборки: все участники — студенты 1–3 курсов РУДН — прошли обязательную языковую подготовку и к моменту включения в исследование имели не менее двух лет опыта обучения на русском языке, что существенно снижало риск искажений, связанных с языковым барьером. Участники не получали денежного вознаграждения, однако им предоставлялось бесплатное комплексное психиатрическое обследование и лечение в рамках исследования, рекомендации по дальнейшей терапии, а также при необходимости — официальные справки об участии в исследовании для деканата.

Результаты исследования публиковались исключительно в обобщённом виде, что исключало возможность идентификации отдельных участников. Студенты информировались о публикациях через университетские каналы. Для интервенционной части работы соблюдались рекомендации CONSORT. Все исследователи заполнили декларации о конфликте интересов; конфликтов выявлено не было. Финансирование исследования осуществлялось за счёт гранта Российского университета дружбы народов без участия фармацевтических компаний.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕХ ГРУПП

3.1. Распространенность и тяжесть депрессии у студентов из Африки, Ближнего Востока и России

3.1.1. Общая характеристика выборки

В исследовании приняли участие 223 студента 1–3 курсов медицинского факультета из трёх этнокультурных групп: студенты из стран Африки (n=81; 36,3%), студенты с Ближнего Востока (n=78; 35,0%) и студенты из России (n=64; 28,7%).

Критически важным для интерпретации результатов являлось различие в преморбидном фоне между группами (Таблица 3.1).

Таблица 3.1. Психиатрический анамнез и семейная отягощённость в исследуемых группах

Показатель	Студенты из Африки (n=81)	Студенты Ближнего Востока (n=78)	Студенты из России (n=64)
— Аффективные расстройства у родственников	3 (3,7%)	33 (42,3%)	14 (21,9%)
— Алкоголизм у родственников	2 (2,5%)	2 (2,6%)	15 (23,4%)
— Завершённые суициды в семье	0	1 (1,3%)	3 (4,7%)
Приём психотропных препаратов на момент исследования	1 (1,2%)	11 (14,1%)	6 (9,4%)

Примечание: преимущественно у матерей и сестёр.

Среди студентов с Ближнего Востока выявлена выраженная страновая гетерогенность в отношении психофармакотерапии: 50% студентов из Турции (6 из 12 человек) получали психотропные препараты при среднем уровне депрессии BDI=34,0±8,2 балла, тогда как среди студентов из Ирана и других стран региона

этот показатель составлял лишь 7,7% (5 из 65 человек) при сопоставимой частоте диагностированных расстройств.

Группа студентов из Африки демонстрировала минимальную психиатрическую преморбидность (<3%) и наименьшую отягощённость семейного анамнеза (6,2%).

Жалобы и клиническая картина

Клиническая картина депрессивных расстройств у обследованных студентов соответствовала критериям депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32), однако имела выраженную этнокультуральную специфику как по структуре предъявляемых жалоб, так и по типологическим особенностям депрессивного синдрома.

Студенты из Африки характеризовались преобладанием соматизированной (маскированной) и апатической депрессии. Типичные депрессивные жалобы на сниженное настроение и утрату интересов предъявлялись редко; на первый план выступали соматические симптомы: упорные головные боли (59,5% женщин, 25,0% мужчин), боли в спине (40,9% мужчин, 8,3% женщин), хроническая усталость и общая слабость, нарушения сна (бессонница у 48,0%). Студенты нередко первично обращались к неврологам и терапевтам с жалобами на хронический болевой синдром, не связывая своё состояние с депрессией. Характерными были жалобы на выраженную утомляемость, снижение работоспособности и концентрации внимания, ощущение физического истощения. Апатический компонент проявлялся безразличием к учёбе, утратой мотивации, трудностями инициации деятельности. Идеи вины и самоуничтожения были выражены минимально. Соматический синдром депрессии по критериям МКБ-10 (≥ 4 симптомов) выявлялся у значительной части студентов данной группы, включая снижение аппетита, потерю веса, раннее пробуждение и снижение либидо.

Студенты с Ближнего Востока демонстрировали преимущественно тревожную и апатическую депрессию. В жалобах преобладали выраженная тревога, внутреннее напряжение, беспокойство о будущем, трудности расслабления. Характерными были жалобы на нарушения сна с затруднённым

засыпанием вследствие тревожных руминаций, сниженную концентрацию внимания, раздражительность. Многие студенты отмечали ощущение безнадежности и пессимистическое видение будущего, сниженную самооценку и неуверенность в себе. Апатический компонент проявлялся утратой интересов к ранее приятной деятельности, эмоциональной отстранённостью, безынициативностью. Соматические жалобы включали нарушения пищевого поведения: психогенное переедание (23,1%), синдром ночной еды (19,2%). У мужчин часто выявлялись психосексуальные расстройства (41,9%).

Студенты из России характеризовались преимущественно меланхолической (тоскливой) депрессией с выраженным аффективным компонентом. Жалобы в данной группе носили выраженный вербализованный характер. Студенты открыто сообщали о сниженном настроении, тоске, подавленности, утрате способности переживать удовольствие; нередко звучали описания внутренней пустоты, ощущения бессмысленности происходящего, идей собственной несостоятельности и вины.

Депрессивная симптоматика была тесно сопряжена с личностной тревожностью ($r=0,766$). Нарушения сна достигали в этой группе максимальной выраженности: трудности засыпания отмечали 54,0% студентов, частые ночные пробуждения — 42,9%. Среди соматических жалоб преобладали боли в шее (46,0%) и спине (41,3%); болевой индекс был наибольшим по выборке ($1,65 \pm 1,34$). Пищевое поведение нарушалось преимущественно по типу психогенного переедания в ситуациях стресса (44,4%) и синдрома ночной еды (26,6%). Примечательной особенностью группы являлась высокая готовность как к вербализации психического неблагополучия, так и к обращению за профессиональной помощью (57,1%).

Сопоставление средних значений по шкале BDI выявило следующую картину. Наиболее высокие показатели депрессии зафиксированы у студентов из Африки ($M=15,41$; $SD=11,95$); студенты с Ближнего Востока занимали промежуточное положение ($M=12,25$; $SD=11,20$); минимальные значения — в российской группе ($M=11,78$; $SD=11,28$). Межгрупповые различия, однако, не

достигли статистической значимости ($F=2,34$; $p=0,098$; $\eta^2=0,019$). Клинически значимая депрессия ($BDI \geq 16$) была выявлена у 40,0% студентов из Африки, 29,9% студентов с Ближнего Востока и 27,0% студентов из России (Рисунок 1).

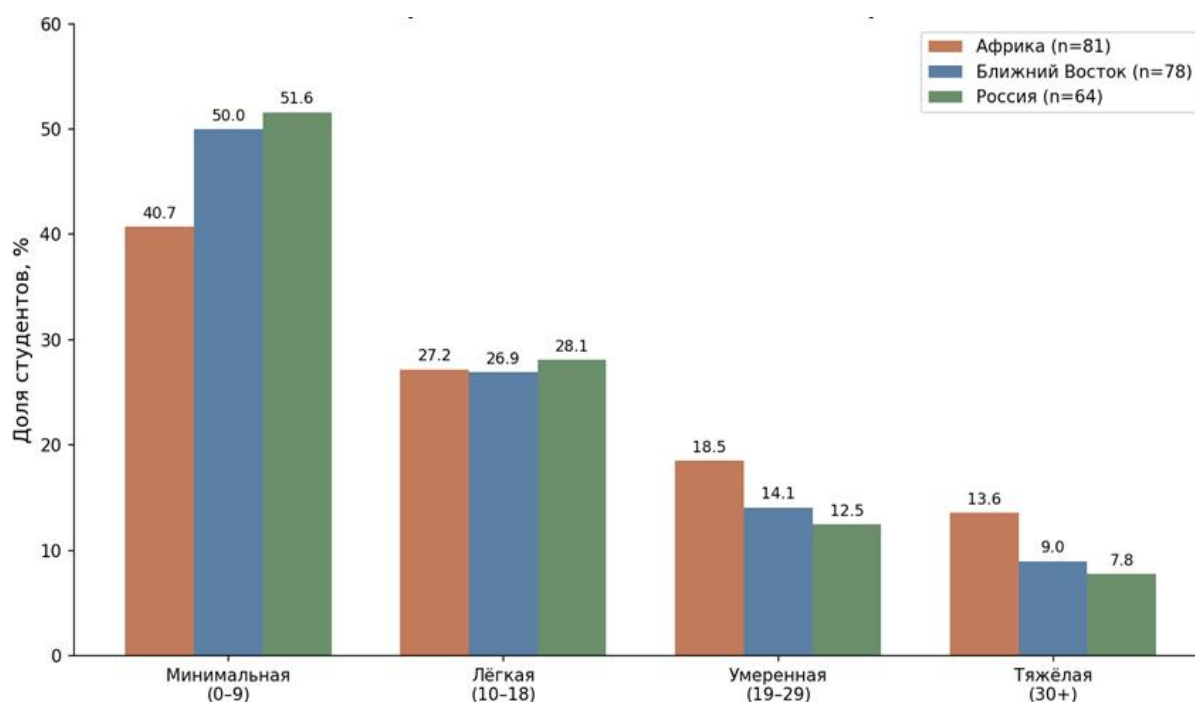


Рисунок 1 — Уровень депрессии (по шкале BDI) в трех исследуемых популяциях.

Примечание: BDI — Beck Depression Inventory

При клинико-психопатологическом обследовании установлена нозологическая структура выявленных расстройств. В исследуемой выборке ($n=223$) верифицированы три основные нозологические категории по МКБ-10: депрессивный эпизод (F32) — у 28,7% пациентов, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) — у 36,3% пациентов, расстройство приспособительных реакций (F43.2) — у 35,0% случаев. Соотношение диагнозов имело выраженную этнокультуральную специфику: у студентов из России преобладали депрессивные эпизоды (F32 — 37,5%), у студентов с Ближнего Востока — смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 — 47,4%), у студентов из Африки — расстройства адаптации (F43.2 — 50,6%) (Рисунок 2).

Этиопатогенетические особенности депрессивной симптоматики существенно различались между группами. В группе студентов из Африки преобладала невротическая депрессия, связанная с миграционным стрессом и

необходимостью работать в ночные смены (62,3%). Дополнительным патогенетическим фактором являлась кумулятивная инфекционная нагрузка: сочетание перенесённой малярии (51,4%), COVID-19 (57,1%) и кори (30,5%) было ассоциировано с более выраженной депрессивной симптоматикой преимущественно соматизированного характера. В группе студентов с Ближнего Востока чаще выявлялись признаки эндогенной депрессии на фоне отягощённого семейного анамнеза по психическим заболеваниям (42,9%). В группе студентов из России преобладала невротическая депрессия с максимальной связью со стрессом, при отягощённом семейном анамнезе (31,3%) и относительно высокой готовности к психофармакотерапии (9,5% уже принимали психотропные препараты на момент обследования).

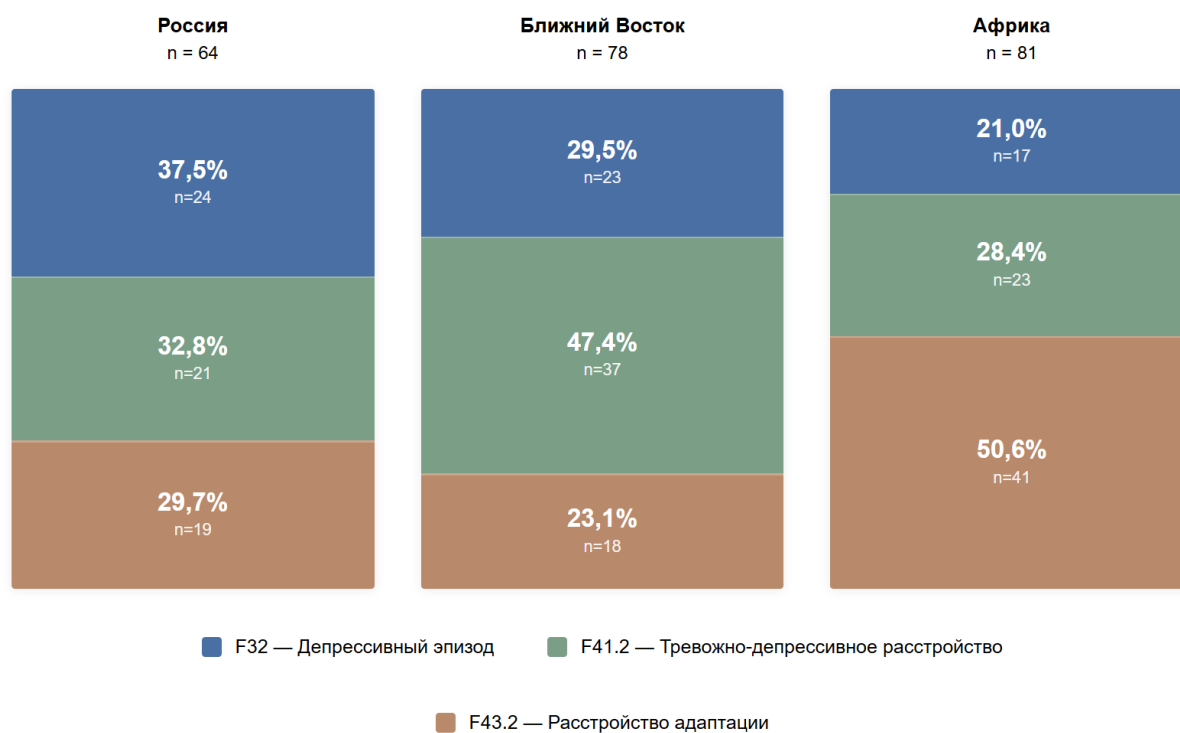


Рисунок 2 — Нозологическая структура депрессивных расстройств у студентов из России, стран Ближнего Востока и Африки (% , n=223)

Таблица 3.2. Демографические характеристики общей выборки

Показатель	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	Всего (n=223)
Возраст, лет				
М ± SD	23,4 ± 2,8	22,7 ± 2,5	21,9 ± 2,3	22,7 ± 2,6
Диапазон	18–30	18–30	18–30	18–30
Пол, n (%)				
Мужчины	44 (54,3%)	44 (56,4%)	12 (18,8%)	100 (44,8%)
Женщины	37 (45,7%)	34 (43,6%)	52 (81,2%)	123 (55,2%)
Страновое представительство				
Количество стран	8	8	1	17
Основная страна	Нигерия	Иран	Россия (100%)	—

Гендерное распределение демонстрировало существенную вариабельность между группами. В группе студентов из России наблюдалось выраженное преобладание женщин (52 человека, 81,2%), что может отражать как гендерные особенности контингента медицинского факультета, так и большую готовность студенток участвовать в исследованиях, связанных с психическим здоровьем. В африканской группе мужчины составляли большинство — 44 человека (54,3%); аналогичное соотношение наблюдалось среди студентов с Ближнего Востока: 44 мужчины (56,4%) (Таблица 3.2).

3.1.1. Распространенность депрессивной симптоматики

Депрессивная симптоматика выявлялась во всех трёх группах, однако её выраженность заметно различалась. Наиболее высокий средний балл по шкале BDI зафиксирован у студентов из Африки — 15,4, тогда как у студентов с Ближнего

Востока он составил 12,2, у российских — 11,8. Межгрупповые различия формально не достигли порога статистической значимости ($F=2,34$; $p=0,098$), тем не менее прослеживаемая тенденция свидетельствует о более высокой психопатологической нагрузке в африканской группе (Рис. 3). Вероятными детерминантами выступают кумулятивные социально-экономические факторы — в частности, вынужденное совмещение учёбы с ночной занятостью, — а также последствия перенесённых инфекционных заболеваний.

Таблица 3.3 — Основные показатели депрессии в трёх группах

Показатель	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	F	p	η^2
M \pm SD	15,41 \pm 11,95	12,25 \pm 11,20	11,78 \pm 11,28	2,34	0,098	0,019
Медиана	11,00	9,00	9,00	—	—	—
Q ₁ – Q ₃	6,00 – 24,00	4,00 – 17,00	3,00 – 18,00	—	—	—
Min – Max	1 – 47	0 – 46	0 – 49	—	—	—

Медианные значения воспроизвели ту же картину. В африканской группе медиана BDI составила 11 баллов против 9 баллов в двух других. Диапазоны значений при этом были сопоставимы: 1–47 у студентов из Африки, 0–46 у студентов с Ближнего Востока, 0–49 у студентов из России. Иными словами, речь идёт не о принципиально иных крайних значениях, а о систематическом смещении всего распределения в сторону более высоких показателей в африканской группе (Таблица 3.3).

Таблица 3.4 — Распределение по уровням депрессии, n (%)

Уровень депрессии	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	χ^2	P
Минимальная (0–9)	33 (40,7)	39 (50,0)	33 (51,6)	2,78	0,249
Лёгкая (10–18)	22 (27,2)	21 (26,9)	18 (28,1)	0,09	0,957
Умеренная (19–29)	15 (18,5)	11 (14,1)	8 (12,5)	2,01	0,366
Тяжёлая (≥ 30)	11 (13,6)	7 (9,0)	5 (7,8)	1,64	0,440

Распределение по уровням тяжести депрессии уточняло общую картину. Минимальные показатели ($BDI \leq 9$) фиксировались лишь у 40,7% студентов из Африки — тогда как в двух других группах этот порог преодолевала уже большая часть выборки: свыше 50% как среди ближневосточных, так и среди российских студентов. Тяжёлая депрессия ($BDI \geq 30$) в африканской группе встречалась у 13,6% — заметно чаще, чем у студентов с Ближнего Востока (9,0%) и из России (7,8%). Формально различия оставались в зоне статистической незначимости ($\chi^2=1,64$; $p=0,440$), однако направление всех без исключения показателей указывало в одну сторону: депрессия в когорте африканских студентов протекала тяжелее (Таблица 3.4).

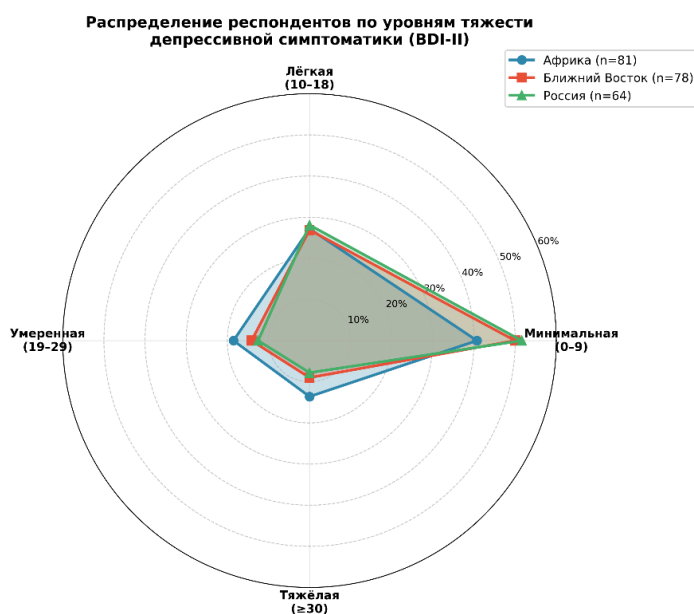


Рисунок 3 — Распределение пациентов по уровням тяжести депрессивной симптоматики в трех популяциях

3.1.2. Внутрирегиональная вариабельность

Внутригрупповая вариативность оказалась не менее показательной. Среди студентов из африканских стран выходцы из Сьерра-Леоне демонстрировали достоверно более высокий уровень депрессии, чем студенты из Нигерии: 18,0 против 13,8 балла ($t=2,14$; $p=0,035$) (Таблица 3.5). В ближневосточной группе разброс был ещё значительнее: студенты из Турции в среднем набирали 22,4 балла по BDI — более чем вдвое превышая показатель иранских однокурсников (9,6 балла; $t=3,67$; $p<0,001$).

Таблица 3.5 — Страновые различия в уровне депрессии

Регион / Страна	n	BDI (M ± SD)	Сравнение с основной страной региона
Африка			
Нигерия	31	13,8 ± 10,2	Референтная группа
Сьерра-Леоне	19	18,0 ± 13,4	$t=2,14$; $p=0,035^*$
Зимбабве	13	15,4 ± 12,1	$t=0,53$; $p=0,598$
Ботсвана	5	16,2 ± 11,8	$t=0,48$; $p=0,634$
Гана	7	14,2 ± 11,0	$t=0,18$; $p=0,858$
Танзания	6	16,8 ± 12,5	$t=0,92$; $p=0,362$
Итого Африка	81		
Ближний Восток			
Иран	41	9,6 ± 9,8	Референтная группа
Турция	9	22,4 ± 12,1	$t=3,67$; $p<0,001^{***}$
Египет	5	18,3 ± 13,5	$t=2,01$; $p=0,049^*$
Иордания	8	12,4 ± 10,5	$t=1,12$; $p=0,268$
Сирия	7	14,8 ± 11,2	$t=1,89$; $p=0,064$
Ливан	5	11,2 ± 9,4	$t=0,68$; $p=0,502$
Ирак	3	15,6 ± 10,8	$t=1,45$; $p=0,156$
Итого Ближний Восток	78		

Примечание: * $p<0,05$; *** $p<0,001$

Полученные данные в совокупности указывают на то, что культурный и социально-экономический контекст является самостоятельным детерминантом психического здоровья студентов. Африканская группа отличалась наибольшей тяжестью депрессивных проявлений; ближневосточная — выраженной страновой гетерогенностью; российская выборка, при относительно невысоких средних показателях, обнаруживала значительный разброс значений и ряд латентных факторов риска.

3.2. Клинические особенности, психологический стресс, тревожность и копинг-стратегии в межкультурной выборке

3.2.1. Психологический стресс и его взаимосвязь с депрессией

Психологический стресс, оценённый по шкале PSM-25, выступал значимым коррелятом депрессивной симптоматики во всех трёх группах — однако сила этой связи заметно различалась (Таблица 3.6). По абсолютному уровню стресса группы оказались сопоставимы: $101,56 \pm 35,12$ у студентов из Африки, $92,87 \pm 38,16$ у студентов с Ближнего Востока и $99,14 \pm 41,65$ у студентов из России; дисперсионный анализ межгрупповых различий не выявил ($F=1,08$; $p=0,341$).

При сопоставимых средних значениях стресса характер его связи с депрессией оказался принципиально различным. В российской группе корреляция была исключительно высокой ($r=0,766$; $p<0,001$). У студентов из Африки она несколько уступала, оставаясь при этом весьма значительной ($r=0,714$; $p<0,001$). В ближневосточной группе связь фиксировалась на умеренном уровне ($r=0,485$; $p<0,001$) — статистически значимая, но заметно слабее, чем в двух других когортах. Различия силы корреляций были статистически значимы ($\chi^2=8,34$; $p=0,015$), что свидетельствовало о культурно-специфической чувствительности к стрессорам и/или о различиях в поведенческих и когнитивных способах переработки стресса.

Таблица 3.6 — Показатели психологического стресса и корреляции с депрессией

Показатель	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	Статистика
M ± SD	101,56 ± 35,12	92,87 ± 38,16	99,14 ± 41,65	F=1,08; p=0,341
Медиана	97,00	91,00	102,00	—
Q ₁ – Q ₃	79,00 – 137,00	60,00 – 112,00	68,00 – 134,50	—
Корреляция с BDI				
r Пирсона	0,714***	0,485***	0,766***	$\chi^2=8,34$; p=0,015*
R ²	0,510	0,235	0,587	—
Группа высокого стресса (PSM ≥150)				
n (%)	7 (8,6)	8 (10,3)	6 (9,4)	$\chi^2=0,19$; p=0,910
Средний BDI	29,4 ± 13,2	24,6 ± 11,3	31,2 ± 14,5	F=0,68; p=0,520

Примечание: * p<0,05; *** p<0,001

Доля студентов с выраженным стрессом (PSM ≥150) была сопоставима во всех группах (8,6–10,3%; $\chi^2=0,19$; p=0,910), а средние уровни депрессии в этой «высокострессовой» категории не различались статистически (студенты из Африки: 29,4±13,2; студенты с Ближнего Востока: 24,6±11,3; студенты из России: 31,2±14,5; F=0,68; p=0,520). Таким образом, «пороговые» состояния стресса были схожи, однако степень сопряжённости стресса с депрессией различалась.

Это согласуется с концепцией культурных модераторов: в группе студентов из России стресс объяснял наибольшую долю дисперсии депрессии ($R^2=0,587$), тогда как в группе студентов с Ближнего Востока — минимальную ($R^2=0,235$), что указывает на большую роль иных факторов (социальная поддержка, религиозно-культурные практики и др.).

Иллюстративные диаграммы рассеяния представлены на Рисунке 4.

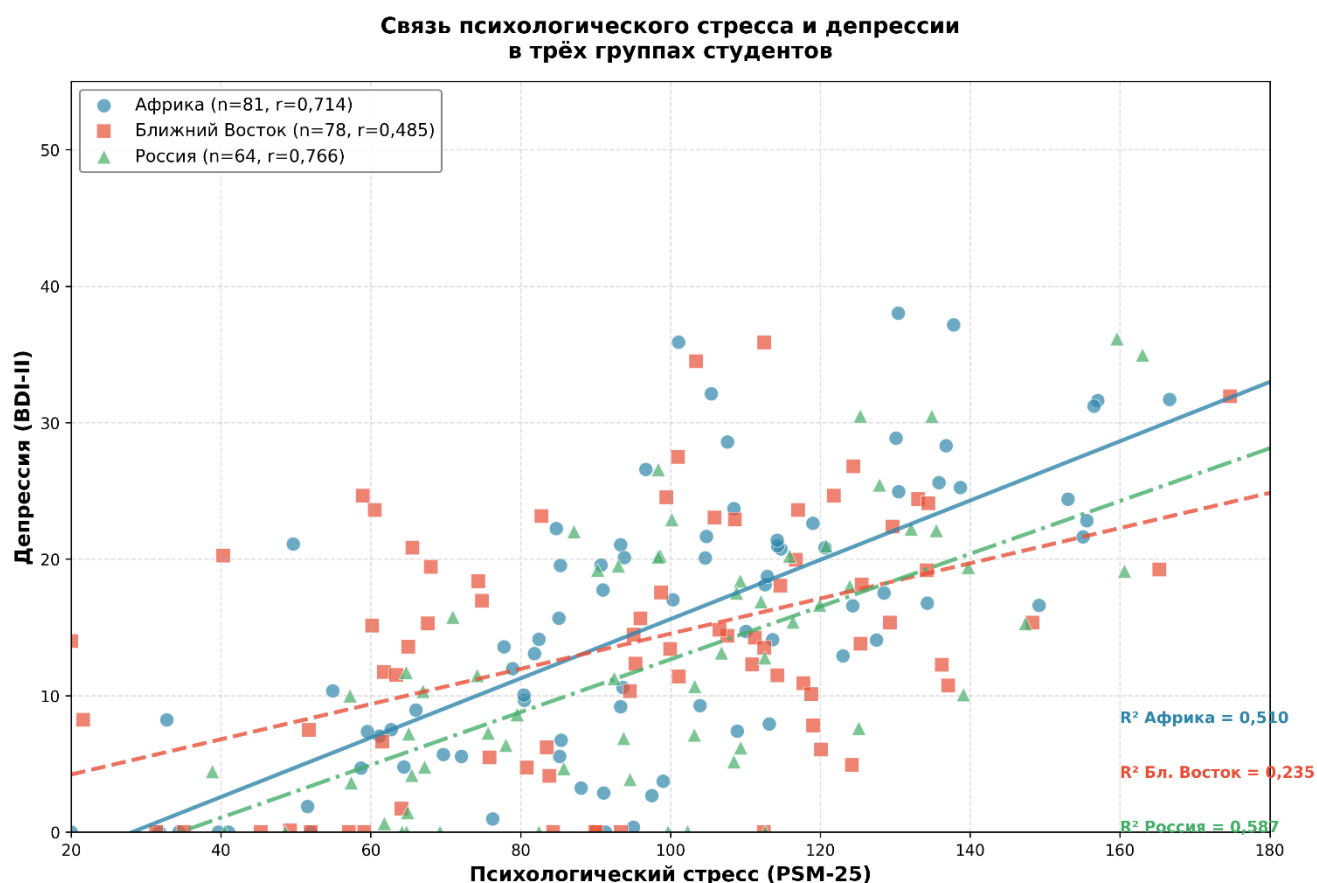


Рисунок 4 — Диаграммы рассеяния, иллюстрирующие взаимосвязь между психологическим стрессом (PSM-25) и депрессией (BDI) в трех популяциях.

Примечание: PSM-25 — Psychological Stress Measure; каждая точка представляет смоделированное наблюдение, отражающее паттерн корреляционной связи.

3.2.2. Тревожность личностная и ситуативная

Средние показатели тревожности у студентов из России и Африки практически совпадали — как по личностному ($39,57 \pm 20,10$ против $39,24 \pm 20,35$; $t=0,10$; $p=0,920$), так и по ситуативному компоненту ($38,89 \pm 21,27$ против $38,21 \pm 21,01$; $t=0,20$; $p=0,842$). Однако за этим внешним сходством скрывались принципиально различные паттерны связи тревожности с депрессией (Таблица 3.7).

Таблица 3.7 — Показатели тревожности в трёх группах

Показатель	Россия (n=64)	Ближний Восток (n=78)	Африка (n=81)	F / χ^2	p	η^2
Личностная тревожность						
M \pm SD	39,57 \pm 20,10	44,83 \pm 18,72	39,24 \pm 20,35	F=2,14	0,120	0,025
Корреляция с BDI	0,643***	0,418***	0,204*	—	—	—
Высокая тревожность (≥ 60), n (%)	11 (17,2)	19 (24,4)	12 (14,8)	$\chi^2=2,45$	0,294	—
Ситуативная тревожность						
M \pm SD	38,89 \pm 21,27	48,36 \pm 19,45	38,21 \pm 21,01	F=5,73	0,004	0,064
Корреляция с BDI	0,492***	0,385***	0,322**	—	—	—
Корреляция ЛТ–СТ	0,841***	0,762***	0,807***	—	—	—

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Во всех трёх группах личностная и ситуативная тревожность были тесно сопряжены между собой: $r=0,841$ у российских студентов, $r=0,807$ у африканских, $r=0,762$ у ближневосточных (все $p < 0,001$). Конструктивная близость двух измерений, таким образом, воспроизводилась независимо от культурной принадлежности. Иначе обстояло дело с их связью с депрессией. В российской группе личностная тревожность выступала наиболее весомым коррелятом депрессивной симптоматики ($r=0,643$; $p < 0,001$). У студентов из Африки тот же показатель оказался минимальным ($r=0,204$; $p < 0,05$) — разрыв разительный.

В ближневосточной группе связь тревожности с депрессией носила умеренный характер по обоим компонентам: личностная тревожность коррелировала с депрессивной симптоматикой на уровне $r=0,418$, ситуативная — $r=0,385$ (оба показателя: $p<0,001$).

Ближневосточная группа обнаруживала внутреннее противоречие, заслуживающее отдельного разбора. Ситуативная тревожность здесь была наивысшей среди трёх когорт ($48,36\pm 19,45$; $p=0,004$), доля лиц с клинически значимой тревогой достигала 24,4% — и при этом согласованность между личностным и ситуативным компонентами оказалась наименьшей ($r=0,762$). Острота реакций на текущие стрессоры, иными словами, не находила отражения в устойчивых личностных структурах. Подобная диссоциация типична для коллективистских культур, где дистресс атрибутируется внешним обстоятельствам, а не внутренним состояниям.

Три группы в совокупности воспроизводили три принципиально различных способа переработки аффекта. Российские студенты перерабатывали депрессивные переживания преимущественно через устойчивые тревожные черты — интернализирующий паттерн. В африканской группе преобладали ситуативные реакции и соматизация — паттерн экстернализирующий. Ближневосточные студенты занимали амбивалентную позицию: высокая эмоциональная реактивность сочеталась с недостаточной способностью к психологической ментализации аффекта.

Копинг-стратегии и их эффективность

Структура совладающего поведения демонстрировала выраженную межкультурную дифференциацию (Таблица 3.8). В ближневосточной группе с заметным перевесом доминировала положительная переоценка (30,8%; $\chi^2=29,45$; $p<0,001$) — стратегия, которая, судя по относительно слабой связи стресса с депрессией в этой когорте ($R^2=0,235$), действительно частично прерывает патогенную цепочку. Стратегия планирования решений рисовала противоположную картину: в ближневосточной группе она не встречалась вовсе (0%), тогда как в российской и африканской группах фиксировалась у 14,1% и 9,9% участников соответственно ($\chi^2=10,82$; $p=0,004$). Подобное расхождение, по всей видимости, коренится в

культурно и образовательно обусловленных различиях в отношении к индивидуальной инициативе и проактивному поведению.

Таблица 3.8 — Сравнительный анализ использования копинг-стратегий, n (%)

Копинг-стратегия	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	χ^2	P
Адаптивные стратегии					
Планирование решений	9 (14,1)	8 (9,9)	0 (0,0)	10,82	0,004**
Положительная переоценка	8 (12,5)	2 (2,5)	24 (30,8)	29,45	<0,001***
Деадаптивные стратегии					
Бегство-избегание	12 (18,8)	17 (21,0)	13 (16,7)	0,49	0,783
Конфронтация	6 (9,4)	7 (8,6)	11 (14,1)	1,63	0,443
Дистанцирование	4 (6,3)	4 (4,9)	2 (2,6)	1,20	0,549
Нейтральные стратегии					
Самоконтроль	5 (7,8)	11 (13,6)	8 (10,3)	1,23	0,540
Поиск социальной поддержки	5 (7,8)	2 (2,5)	19 (24,4)	21,34	<0,001***

Примечание: ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Среди деадаптивных стратегий наиболее распространённой во всех группах оказалось бегство–избегание: 18,8% у российских студентов, 21,0% у африканских, 16,7% у ближневосточных. Межгрупповые различия при этом оставались статистически незначимыми ($\chi^2=0,49$; $p=0,783$). Разительный контраст обнаружился в другом — в обращении к социальной поддержке. В ближневосточной группе эта стратегия встречалась у каждого четвёртого (24,4%), тогда как в африканской — лишь у 2,5% ($\chi^2=21,34$; $p < 0,001$). Столь выраженное расхождение указывает на принципиально различную роль семейно-общинных связей: там, где они остаются прочными и доступными, они функционируют как реальный буфер стресса — там же, где студент оторван от привычной сети поддержки, этот ресурс попросту недоступен. Различия по самоконтролю, конфронтации и дистанцированию не достигали статистической значимости, указывая на более нейтральную роль этих стратегий в

межкультурном сравнении (Рис. 5).

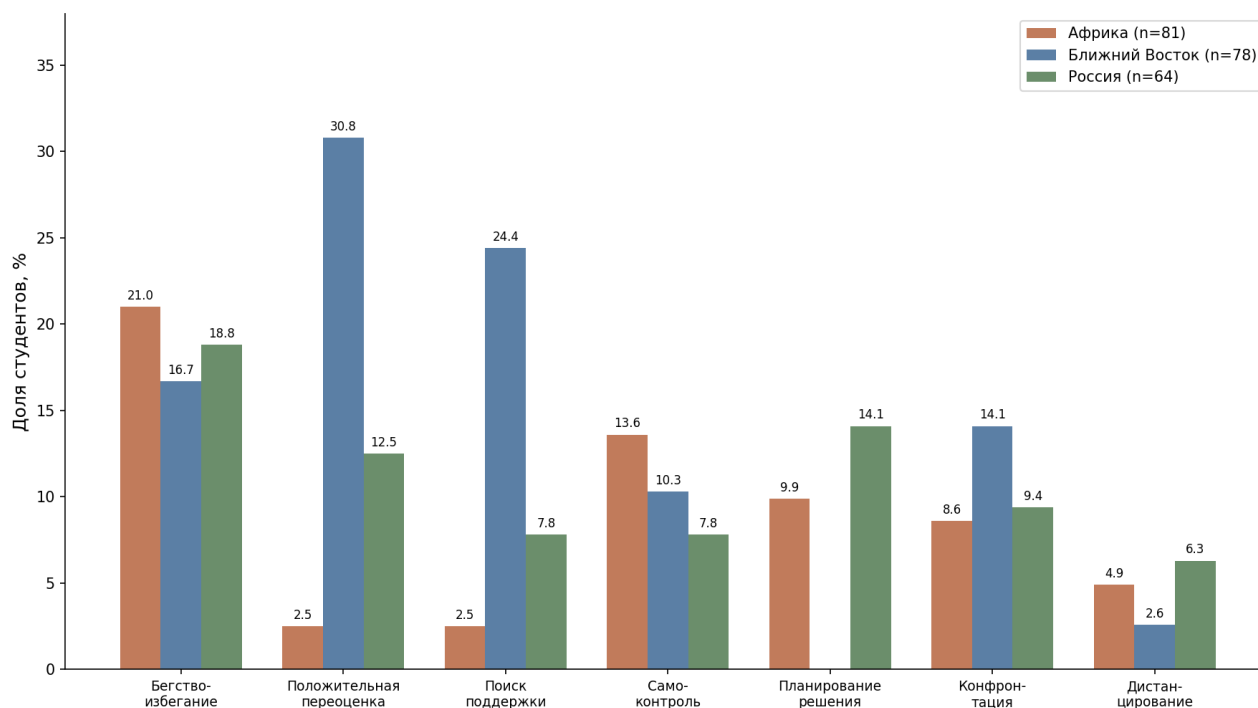


Рисунок 5 — Сравнительный анализ использования копинг-стратегий в трех популяциях.

Примечание: Данные представлены в процентах от общего числа респондентов в каждой популяции.

В совокупности данные подтверждают универсальность стресса как детерминанты депрессии, одновременно демонстрируя культурно-специфические профили: в России депрессия теснее «сцеплена» с личностной тревожностью и стрессом, на Ближнем Востоке — вероятно, шире задействованы когнитивные и социальные копинги, ослабляющие эту связь, в Африке — сохраняется более выраженная сопряжённость депрессии со стрессом на фоне меньшей роли личностной тревожности.

3.2.3. Коморбидные состояния: болевой синдром, психосексуальные расстройства, расстройства сна, психогенное переедание

3.2.4. Болевые синдромы

Психосоматические болевые проявления представляют собой важный компонент депрессивной симптоматики, отражая как универсальные механизмы соматизации, так и культурно-специфические паттерны. Распространённость болевых симптомов представлена в Таблице 3.9.

Таблица 3.9 — Распространенность болевых симптомов и болевые индексы

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Симптом/Индекс	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	χ^2/F	P
Отдельные симптомы, n (%)					
Головные боли	31 (48,4)	39 (48,1)	28 (35,9)	3,33	0,189
Боль в шее	29 (45,3)	—	24 (30,8)	2,91	0,088
Боль в спине	26 (40,6)	29 (35,8)	16 (20,5)	6,98	0,031*
Мигрень	18 (28,1)	26 (32,1)	19 (24,4)	1,20	0,549
Боль в суставах	—	22 (27,2)	—	—	—
Болевой индекс					
M \pm SD	1,65 \pm 1,34	1,45 \pm 1,23	1,13 \pm 1,08	2,87	0,059
Корреляция с BDI	0,289**	0,234**	0,229*	—	—
Множественные боли (≥ 2), n (%)	34 (53,1)	37 (45,7)	23 (29,5)	7,89	0,019*

Головные боли стали наиболее распространённой жалобой во всех трёх группах — около 48% у российских и африканских студентов, 36% у ближневосточных, — что указывает на их универсальный статус как маркера психоэмоционального дистресса. Однако за этим сходством обнаруживалась выраженная гендерная специфика. В африканской группе головные боли значительно чаще отмечались у женщин (59,5% против 25,0% у мужчин; $p < 0,001$; $\phi = 0,34$) — классический паттерн «женской» соматизации. Боли в спине давали зеркальную картину: 40,9% мужчин против 8,3% женщин ($p < 0,001$; $\phi = -0,38$). По всей видимости, речь идёт о гендерно-дифференцированных культурных «языках» дистресса: в африканской традиции женщинам социально приемлемо выразить страдание через цефалгии, мужчинам — через мышечно-скелетную симптоматику.

В группе студентов из России, где женщины составляли 81,2%, боли в спине отмечались у 40,6% студентов — значительно чаще, чем в других группах ($\chi^2 = 6,98$;

$p=0,031$). Это может быть связано как с объективными климато-географическими условиями, так и с выраженной тенденцией к полисоматической презентации депрессии. Группа студентов с Ближнего Востока с практически равным гендерным составом (56,4% мужчин, 43,6% женщин) демонстрировала наименьшую выраженность болевых синдромов, что парадоксально при их высокой ситуативной тревожности и может указывать на иные, возможно когнитивные, механизмы переработки аффекта.

Множественные боли (≥ 2 симптомов) формировали этнокультурный градиент: более половины студентов из России (53,1%), 45,7% студентов из Африки с выраженной гендерной поляризацией симптомов, и лишь 29,5% студентов с Ближнего Востока ($\chi^2=7,89$; $p=0,019$). Такая концентрация множественных болевых синдромов в группе студентов из России может указывать на культурно санкционированный паттерн «ухода в болезнь» как социально приемлемой формы манифестации психологического неблагополучия.

Болевой индекс обнаруживал достоверную положительную связь с уровнем депрессии во всех группах: $r=0,289$ у российских студентов, $r=0,234$ у африканских, $r=0,229$ у ближневосточных. Соматический и аффективный компоненты депрессивного расстройства, таким образом, были интегрированы независимо от культурной принадлежности. Вместе с тем выраженность этой связи варьировала закономерным образом. Наиболее высокой она оказалась в российской группе — там, где соматизация традиционно выступает культурно-преференциальным способом коммуникации внутреннего неблагополучия. Наименьшей — в ближневосточной, где эмоциональная экспрессия подчинена религиозно-культурным нормам и в значительной мере регламентирована.

3.2.5. Нарушения сна

Нарушения сна представляли собой ещё один значимый коморбидный симптом, однако их структура в трёх группах существенно различалась (Таблица 3.10).

Таблица 3.10 — Паттерны нарушений сна в трех популяциях

Показатель	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Статистика
Специфические нарушения, n (%)				
Трудности засыпания	35 (54,7)	14 (17,3)	21 (26,9)	$\chi^2=23,67$; $p<0,001$ ***
Частые пробуждения	27 (42,2)	—	15 (19,2)	$\chi^2=8,12$; $p=0,004$ **
Повышенная потребность во сне	24 (37,5)	32 (39,5)	—	$\chi^2=0,01$; $p=0,911$
Бессонница	19 (29,7)	39 (48,0)	12 (15,4)	$\chi^2=5,89$; $p=0,053$
Ночные кошмары	14 (21,9)	11 (13,6)	9 (11,5)	$\chi^2=3,45$; $p=0,178$
Нормальный сон	—	40 (49,4)	—	—
Индекс нарушений сна				
M ± SD	1,87 ± 1,56	1,89 ± 1,56	0,74 ± 1,02	F=15,23; $p<0,001$ ***
Корреляция с BDI	0,367***	0,156	-0,163	—
Корреляция с PSM-25	0,334***	0,134	-0,110	—

Примечание: ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Среди российских студентов наиболее распространённым расстройством сна оказались трудности засыпания — 54,7%, что почти втрое превышало показатель африканской группы (17,3%) и вдвое — ближневосточной (26,9%; $\chi^2=23,67$; $p<0,001$). Частые ночные пробуждения также были характерны прежде всего для российской когорты: 42,2% против 19,2% у студентов с Ближнего Востока ($\chi^2=8,12$; $p=0,004$); в африканской группе этот показатель не фиксировался вовсе.

Суммарный индекс нарушений сна у российских и африканских студентов оказался практически идентичным — 1,87 и 1,89 соответственно, — тогда как в

ближневосточной группе он был значительно ниже ($0,74$; $F=15,23$; $p<0,001$). За этим расхождением могут стоять как реальные различия в режиме сна и бытовых условиях, так и культурно обусловленные различия в готовности замечать и вербализовать подобные проблемы.

Отдельного внимания заслуживала парадоксальная отрицательная корреляция между нарушениями сна и депрессией в ближневосточной группе ($r=-0,163$). Вероятное объяснение состоит в том, что депрессивные переживания в данной культурной традиции находят выражение преимущественно через иные каналы — соматические жалобы или нарушения социального функционирования, оставляя расстройства сна на периферии субъективной картины болезни. В то же время у студентов из России нарушения сна ожидаемо положительно ассоциированы с уровнем депрессии по BDI ($r=0,367$) и стрессом ($r=0,334$) (Рис. 6).

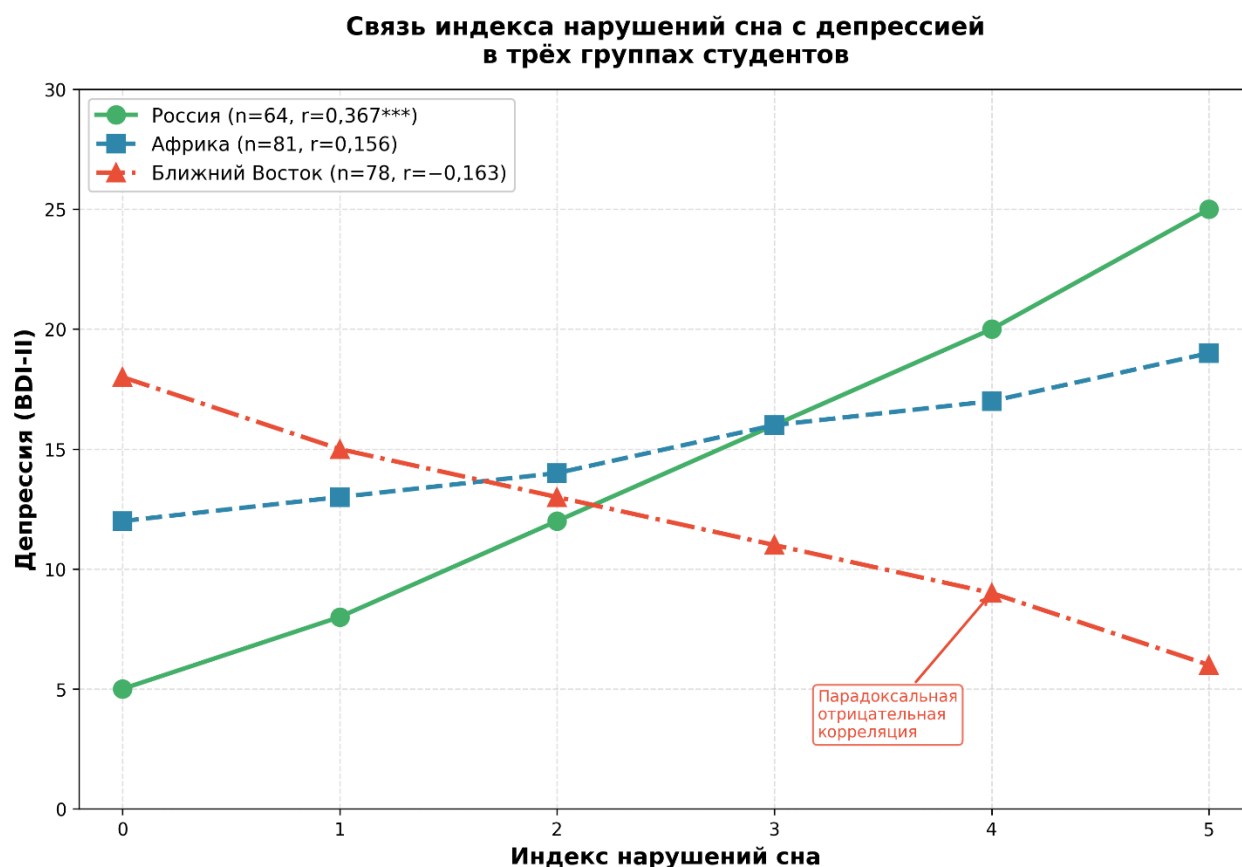


Рисунок 6 — Индекс нарушений сна и его корреляция с депрессией в трех популяциях.

Примечание: Представлены линии регрессии для каждой группы. В группе студентов из России выявлена значимая положительная корреляция ($r=0,367$; $p<0,001$), в группе студентов из Африки — слабая положительная корреляция, не достигающая статистической значимости ($r=0,156$; $p>0,05$), в группе студентов с Ближнего Востока — парадоксальная отрицательная корреляция ($r=-0,163$; $p>0,05$). Индекс нарушений сна рассчитывался как сумма присутствующих симптомов (трудности засыпания, частые пробуждения, бессонница, ночные кошмары, повышенная потребность во сне; диапазон 0–5).

3.2.6. Нарушения пищевого поведения

Изменения аппетита и пищевого поведения — часто недооцениваемый компонент депрессивного синдрома, хотя их клиническое значение весьма существенно (Таблица 3.11).

Таблица 3.11 — Нарушения пищевого поведения и их связь с депрессией

Показатель	Россия	Африка	Ближний Восток	χ^2/F	p
Типы нарушений, n (%)					
Психогенные переживания	28 (43,8)	19 (23,5)	18 (23,1)	10.21	.006**
Снижение аппетита	19 (29,7)	41 (50,6)	13 (16,7)	19.84	<.001***
Повышение аппетита	15 (23,4)	7 (8,6)	11 (14,1)	6.73	.035*
Ночные переживания	17 (26,6)	3 (3,7)	15 (19,2)	15.82	<.001***
Жалобы на набор веса	14 (21,9)	2 (2,5)	12 (15,4)	13.47	.001**
Индекс нарушений аппетита					
M \pm SD	1,45 \pm 1,24	0,89 \pm 0,82	0,88 \pm 0,97	F = 5,89	,003**
Корреляция с BDI	.289**	.198*	.217*	-	-

Межкультурные различия в паттернах пищевого поведения отражали глубинные механизмы совладания с дистрессом. Психогенное переживание было

максимально выражено в группе студентов из России (43,8%), что почти вдвое превышало показатели групп студентов из Африки и с Ближнего Востока (23,5% и 23,1% соответственно; $\chi^2=10,21$; $p=0,006$).

Феномен ночного переедания обнаружил, наиболее разительный культурный контраст: 26,6% у российских студентов и 19,2% у ближневосточных — против 3,7% у африканских ($\chi^2=15,82$; $p<0,001$). Объяснение этой диспропорции лежит на поверхности: студенты из Африки, работающие в ночные смены (62,3%), физически лишены возможности для позднего приёма пищи. Российские и ближневосточные студенты, проживающие в общежитиях в составе компактных землячеств, выстраивали иную модель пищевого поведения: совместные ночные трапезы приобретали функцию ритуала взаимной поддержки и поддержания культурной идентичности.

Противоположную картину давало снижение аппетита. Гипорексию отмечали 50,6% студентов из Африки — против 29,7% в российской и 16,7% в ближневосточной группе ($\chi^2=19,84$; $p<0,001$). В основе этого различия, по всей видимости, лежат два взаимосвязанных фактора: финансовые ограничения и психофизиологическое истощение, накапливающееся при совмещении учёбы с ночной занятостью.

Жалобы на увеличение массы тела в африканской группе были единичными (2,5%), тогда как среди российских студентов их предъявляли 21,9%, среди ближневосточных — 15,4% ($\chi^2=13,47$; $p=0,001$). Эта закономерность закономерно воспроизводила паттерны психогенного и ночного переедания, характерные для тех же групп. Прибавка в весе, в свою очередь, формировала дополнительный источник психологического дискомфорта — через негативное отношение к собственному телу и социальную стигматизацию.

Интегральный индекс нарушений аппетита оказался максимальным в российской группе ($1,45\pm 1,24$), достоверно превышая показатели африканской и ближневосточной когорт ($0,89\pm 0,82$ и $0,88\pm 0,97$; $F=5,89$; $p=0,003$). Во всех группах сохранялась значимая корреляция с депрессией ($r=0,198-0,289$) — свидетельство того, что пищевые нарушения универсально встроены в структуру аффективных

расстройств, как бы культурно-специфично они ни проявлялись.

Сравнительный анализ психосоматических симптомов наглядно представлен на Рисунке 6. Российские студенты лидировали по частоте трудностей засыпания и болей в шее; африканская группа выделялась высокой распространённостью бессонницы и головных болей; ближневосточные студенты реже предъявляли множественные жалобы, однако демонстрировали значительный разброс по отдельным

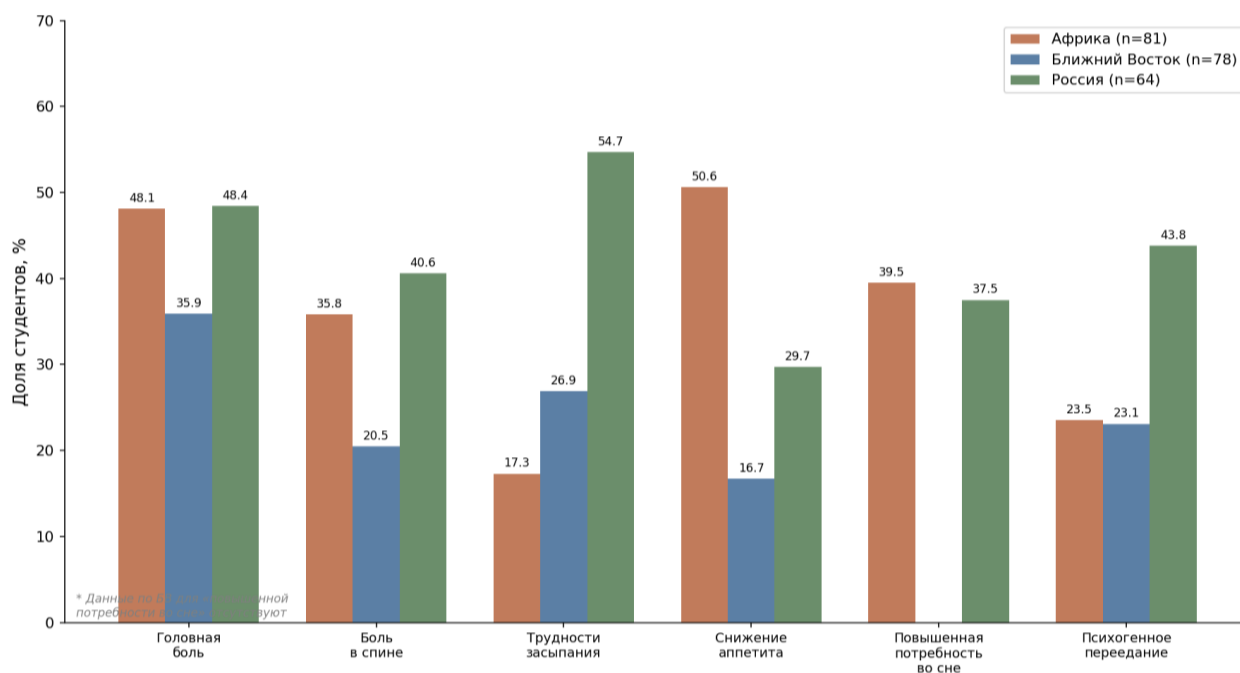


Рисунок 7 — Распространенность психосоматических симптомов в трех этнокультурных группах

Примечание: Значения приведены в процентах от числа участников в каждой группе. В российской когорте зафиксирована наибольшая частота трудностей засыпания (54,7%), множественных болевых жалоб (53,1%) и психогенного переедания (43,8%). Африканская группа выделялась высокой долей сниженного аппетита (50,6%) при минимальных показателях ночного переедания (3,7%). Студенты с Ближнего Востока в целом предъявляли меньше жалоб, однако ночное переедание встречалось у 19,2%.

Межгрупповые различия статистически значимы по следующим симптомам: трудности засыпания ($\chi^2=23,67$; $p<0,001$), снижение аппетита ($\chi^2=19,84$; $p<0,001$), ночное переедание ($\chi^2=15,82$; $p<0,001$), психогенное переедание ($\chi^2=10,21$; $p=0,006$). По ряду симптомов данные в африканской выборке отсутствуют (Рис. 7).

3.3.4. Психосексуальные расстройства

3.3.4.1. Распространенность психосексуальных проблем

В ходе терапевтической работы была выявлена высокая распространенность психосексуальных проблем, которые часто оставались невербализованными на этапе первичной диагностики из-за культурных табу и стигматизации. Создание безопасной терапевтической среды позволило студентам раскрыть деликатные темы, оказывающие существенное влияние на их психическое состояние.

Психосексуальные проблемы выявлены более чем у трети выборки (38,1%, n=85), при этом наблюдались выраженные гендерные и этнокультурные различия. У мужчин преобладали проблемы, связанные с сексуальным поведением и ориентацией (52,3% среди всех мужчин с психосексуальными проблемами), тогда как у женщин доминировали последствия сексуализированного насилия (64,7% среди женщин с психосексуальными проблемами) (Таблица 3.12).

Таблица 3.12 — Психосексуальные проблемы в исследуемых группах, n (%)

Проблема	РФ жен. (n=40)	РФ муж. (n=24)	БВ жен. (n=33)	БВ муж. (n=43)	Афр. жен. (n=36)	Афр. муж. (n=45)
Беспокойство о сексуальной ориентации	3 (7,5%)	1 (4,2%)	2 (6,1%)	7 (16,3%)	0	0
Зависимость от мастурбации	2 (5,0%)	5 (20,8%)	0	18 (41,9%)	0	2 (4,4%)
Порнозависимость	6 (15,0%)	7 (29,2%)	0	18 (41,9%)	1 (2,8%)	3 (6,7%)
Сексуализированное насилие в анамнезе	6 (15,0%)	0	0	1 (2,3%)	11 (30,6%)	0
Гендерная дисфория	2 (5,0%)	0	2 (6,1%)	0	0	0

Беспокойство по поводу мастурбации и порнографии доминировало среди мужчин

с Ближнего Востока — каждая из этих проблем встречалась у 41,9% ($\chi^2=28,4$; $p<0,001$). Показатели в других группах были несопоставимо ниже. По всей видимости, за этим стоит глубокий конфликт между сексуальными потребностями и религиозными запретами. Среди российских мужчин, также сообщавших о частой мастурбации и просмотре порнографии (29,2%), это не воспринималось как проблема, требующая вмешательства, — при отсутствии компульсивного характера поведения.

Беспокойство о сексуальной ориентации наиболее выражено фиксировалось у мужчин с Ближнего Востока (16,3%) — в четыре раза превышая аналогичный показатель в российской группе (4,2%) и полностью отсутствуя в африканской выборке. Это различие достигало статистической значимости ($p=0,018$). Отсутствие данных по африканской группе, однако, не обязательно свидетельствует об иной распространённости — скорее оно может отражать крайнюю табуированность темы, исключая её раскрытие даже в условиях конфиденциальности.

Сексуализированное насилие в анамнезе сообщали 30,6% студенток из Африки — значимо больше, чем в российской группе (15,0%; $p=0,042$). В ближневосточной выборке таких сообщений не поступало вовсе. Гендерная дисфория выявлена у четырёх студенток (1,8% от общей выборки): двух из России и двух из Ирана. Российские участницы уже прошли процедуру юридической смены пола и открыто идентифицировали себя как трансгендерные мужчины. Иранские находились в состоянии выраженного дистресса — возможность социального и медицинского перехода в их культурном контексте была закрыта.

Психосексуальные проблемы устойчиво коррелировали с тяжестью депрессии. Студенты с любой из выявленных проблем показывали существенно более высокие баллы по шкале Бека: $22,4\pm 8,9$ против $14,2\pm 9,6$ ($t=6,23$; $p<0,001$). Наиболее сильные связи обнаруживались при сексуализированном насилии в анамнезе ($r=0,42$; $p<0,001$) и конфликтах сексуальной ориентации ($r=0,38$; $p<0,001$). Мультивариантный анализ с контролем возраста, пола и этнической принадлежности показал, что наличие психосексуальных проблем увеличивало

риск тяжёлой депрессии ($BDI \geq 29$) в 3,7 раза ($OR=3,72$; 95% ДИ: 2,14–6,47; $p < 0,001$), объясняя 18,4% дисперсии депрессивной симптоматики.

Гендерный анализ воспроизводил глобальные паттерны. Женщины значительно реже сообщали о проблемах, связанных с мастурбацией и порнографией (3,3% против 28,9% у мужчин; $p < 0,001$), однако в несколько раз чаще раскрывали опыт сексуализированного насилия (15,4% против 0,9%; $p < 0,001$).

Временная динамика раскрытия психосексуальных проблем заслуживает отдельного внимания. Лишь 31,8% из них выявлялись при первичной диагностике; остальные 68,2% становились известны в ходе терапевтической работы — в среднем на $3,4 \pm 1,8$ сессии КПТ или на второй день психообразовательного тренинга. Этот факт указывает на принципиальную роль устойчивого терапевтического альянса: без достаточного уровня доверия сенситивные темы в мультикультурной среде просто не выходят на поверхность.

3.3.4.2. Культурно-специфические паттерны

Конфликт сексуальной ориентации

Семеро студентов из Ирана и Турции сообщили о гомосексуальном влечении, порождавшем выраженный внутренний конфликт. Двое активно встречались с мужчинами через социальные сети, испытывая при этом выраженные чувства стыда и самообвинения. Терапевтическая работа фокусировалась на снижении интернализированной гомофобии и развитии самопринятия.

Порнозависимость и мастурбация

Студенты с Ближнего Востока связывали депрессию с "греховным поведением":

- 18 мужчин считали депрессию "божественным наказанием" за мастурбацию;
- 2 студента из Ближнего Востока и 1 из стран Африки объясняли депрессию "потерей жизненной энергии со спермой" (по типу культурального синдрома Дхат);
- 4 из стран Ближнего Востока и 1 студент из стран Африки связывали депрессию с "нарушением нейромедиаторного обмена из-за мастурбации".

В отличие от них, российские студенты не испытывали выраженной вины, рассматривая мастурбацию как нормальное поведение.

Сексуализированное насилие

Наиболее травматичные истории выявлены среди студенток африканского происхождения:

- Насилие со стороны отчимов: $n=9$;
- Со стороны братьев: $n=6$;
- Дальние родственники: $n=3$.

Российские студентки ($n=6$) сообщали о растлении отчимами в подростковом возрасте ($n=5$) и насилии со стороны дедушки ($n=1$). Один студент из Ирана раскрыл групповое изнасилование одноклассниками в подростковом возрасте.

Последствия включали ПТСР-симптоматику, ночные кошмары, избегание интимности, выраженные чувства стыда и самообвинения.

Гендерная дисфория

Двое российских студенток прошли процедуру юридической смены пола и на момент исследования идентифицировали себя как мужчины. Двое иранских студенток при формально сохранявшемся женском юридическом статусе также идентифицировали себя как мужчины и настойчиво добивались назначения гормональной терапии тестостероном — возможность, закрытая для них в рамках действующего культурного и правового контекста.

3.3. Роль перенесённых инфекций в усилении депрессии

3.3.1. Инфекционная заболеваемость и психическое здоровье

Вопрос о влиянии инфекционных заболеваний на депрессивную симптоматику приобретает особую актуальность в постпандемический период — и тем более в контексте эндемичных инфекций, с которыми студенты из Африки сталкивались задолго до поступления в российский вуз (Таблица 3.13).

Наиболее распространённой инфекцией в исследуемой выборке оказался COVID-19 — им подтвержденно переболели 56,8% студентов. Однако статистически значимой связи между перенесённой инфекцией и выраженностью депрессивной симптоматики получено не было ($r = 0,058$; $p > 0,05$), и аналогичная картина наблюдалась и при анализе связей с болевым индексом ($r = 0,092$; $p > 0,05$).

Таблица 3.13 — Перенесенные инфекции и их связь с психопатологией (выборка студентов африканского происхождения)

Инфекция	Распространённость n (%)	Средний BDI М ± SD	Корреляция с BDI r	Корреляция с болевым индексом r
COVID-19	46 (56,8)	16,92 ± 12,14	0,058	0,092
Малярия	42 (51,9)	17,35 ± 12,28	0,098	0,156*
Корь	25 (30,9)	14,12 ± 11,87	-0,042	0,023
COVID-19 + Малярия	28 (34,6)	18,73 ± 12,89	0,142*	0,198**
Множественная инфекционная нагрузка (≥3)	19 (23,5)	21,47 ± 13,78	0,189**	0,267***

Примечание: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

Малярия по распространённости занимала второе место — её подтвержденно перенесли 51,9% участников исследования, и в этой подгруппе средний показатель по шкале BDI составил 17,35 ± 12,28 балла, а связь с выраженностью болевого синдрома достигала статистической значимости (r = 0,156; p < 0,05). В качестве возможного патогенетического объяснения можно рассматривать нейровоспалительные механизмы, связанные с воздействием возбудителя на центральную нервную систему.

Результатом же общего анализа стало обнаружение кумулятивного эффекта множественных перенесенных инфекций. Так, при сочетании COVID-19 и малярии средний показатель BDI увеличивался до 18,73 балла, и одновременно усиливалась корреляция с болевым индексом (r = 0,198; p < 0,01). Наиболее высокие значения депрессивной симптоматики были зафиксированы у студентов, перенёсших три и более инфекционных заболевания — у этой группы

средний показатель BDI достигал $21,47 \pm 13,78$ балла, а связь с психосоматическим болевым синдромом была максимальной в выборке ($r = 0,267$; $p < 0,001$). Полученные данные позволяют предположить, что ключевую роль в формировании депрессивной уязвимости играет не отдельный инфекционный эпизод, а сочетание нескольких, что повышает уязвимость к соматическим проявлениям и развитию депрессивной симптоматики.

Однако статистически значимой связи между корью, перенесённой 30,9% африканских студентов, и депрессивной симптоматикой обнаружено не было ($r = -0,042$; $p > 0,05$). Более того, средний показатель BDI у переболевших корью оказался несколько ниже среднегруппового — $14,12 \pm 11,87$ против $15,41 \pm 11,95$. Вероятно, это связано с особенностями эпидемиологии кори в африканских странах, где инфекция чаще переносится в раннем детстве и, как правило, не приводит к долговременным нейропсихиатрическим последствиям. В отличие от малярии с прямым нейротоксическим воздействием и COVID-19, сопровождающегося выраженным системным воспалительным ответом, корь не ассоциируется с формированием персистирующего нейровоспаления, что, по-видимому, и объясняет отсутствие депрессогенного эффекта.

Критически важно, что в группе студентов с Ближнего Востока корь практически отсутствовала (3,9%), а в группе студентов из России не была зарегистрирована вовсе, что отражало различия в вакцинальном охвате и эпидемиологической ситуации. Таким образом, корь представляла собой «нейтральный» инфекционный фактор, маркирующий скорее общий уровень медицинского обеспечения в странах происхождения, нежели этиологический агент депрессивных расстройств. Это контрастировало с кумулятивным эффектом множественной инфекционной нагрузки: при сочетании трёх и более инфекций средний BDI возрастал до $21,47 \pm 13,78$, что указывало на неспецифическое истощение адаптационных резервов организма, а не на специфическое нейротропное действие отдельных патогенов.

3.4. Влияние НДО и копинг-стратегий на структуру и тяжесть депрессивного расстройства

Неблагоприятный детский опыт (Adverse Childhood Experiences, НДО) представляет собой один из наиболее устойчивых факторов риска депрессивной симптоматики. Сравнительный анализ данных демонстрировал значительные межкультурные различия как в распространённости НДО, так и в их психопатологическом эффекте (Таблица 3.14).

В группе студентов из России уникально выделялась подгруппа без травматического опыта (18,8%), тогда как среди студентов из Африки и с Ближнего Востока подобных случаев не было зарегистрировано: все респонденты указали как минимум на одно неблагоприятное событие. Это отражало возможные различия в социально-экономических условиях детства и уровень экспозиции к хроническим стрессорам.

Средние значения НДО также варьировали: наиболее высокие показатели были зафиксированы в группе студентов из Африки ($2,79 \pm 1,99$) и с Ближнего Востока ($2,55 \pm 2,57$), тогда как в группе студентов из России уровень оказался ниже ($1,70 \pm 1,86$; ANOVA: $F=5,27$; $p=0,006$). Множественные травмы (НДО ≥ 5) чаще встречались в группах студентов из Африки (18,5%) и с Ближнего Востока (15,4%), что указывало на высокую частоту кумулятивного травматического опыта (Рис. 8).

Таблица 3.14 — Сравнительный анализ НДО в трех популяциях

Показатель НДО	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	F/ χ^2	p	η^2
Описательная статистика						
M \pm SD	2,79 \pm 1,99	2,55 \pm 2,57	1,70 \pm 1,86	5,27	0,006**	0,042
Медиана (Q ₁ –Q ₃)	2,00 (1,00– 4,00)	1,00 (1,00– 3,00)	1,00 (1,00– 3,00)	–	–	–
Категории НДО, n (%)						
НДО = 0	0 (0,0)	0 (0,0)	12 (18,8)	29,45	<0,001***	–
НДО 1–2	44 (54,3)	51 (65,4)	33 (51,6)	1,24	0,538	–
НДО 3–4	22 (27,2)	15 (19,2)	14 (21,9)	2,20	0,333	–

Показатель НДО	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Россия (n=64)	F/ χ^2	p	η^2
НДО ≥ 5	15 (18,5)	12 (15,4)	5 (7,8)	3,45	0,178	—
Корреляция с психопатологией						
r с BDI	0,247*	0,435***	0,546***	$\chi^2=6,12$	0,047*	—
r с PSM-25	0,207*	0,359**	0,448***	$\chi^2=3,89$	0,143	—
r с тревожностью	0,089	—	0,387**	—	—	—

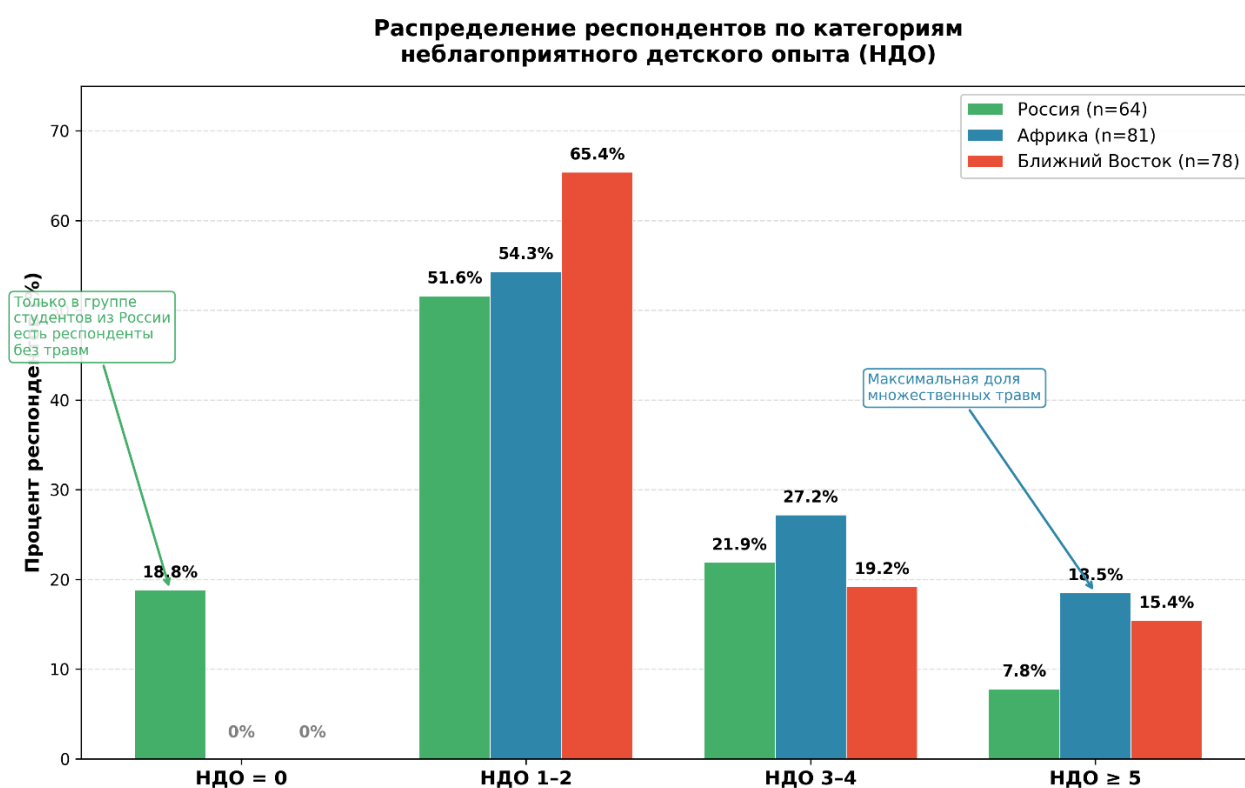


Рисунок 8 — Распределение респондентов по категориям детских травматических переживаний (НДО).

Примечание: Данные представлены в процентах от общего числа респондентов в каждой группе. В группах студентов из Африки и с Ближнего Востока отсутствовали респонденты без травматического опыта (НДО=0), тогда как в группе студентов из России таких было 18,8%. Множественные травмы (НДО ≥ 5) чаще встречались в группах студентов из Африки (18,5%) и с Ближнего Востока (15,4%) по сравнению с группой студентов из России (7,8%).

Корреляционный анализ выявил, что НДО были сопряжены с депрессивной симптоматикой во всех группах, но сила связи различалась: в группе студентов из России $r=0,546$ ($p<0,001$), в группе студентов с Ближнего Востока $r=0,435$ ($p<0,001$), в группе студентов из Африки $r=0,247$ ($p<0,05$). Наибольшая предиктивная ценность НДО для депрессии наблюдалась в группе студентов из России ($\chi^2=6,12$; $p=0,047$), что может быть связано как с особенностями когнитивной переработки травм, так и с ограниченными защитными ресурсами. Для стресса (PSM-25) связи также были положительными, но слабее ($r=0,207$ в группе студентов из Африки, $r=0,359$ в группе студентов с Ближнего Востока, $r=0,448$ в группе студентов из России).

Таким образом, неблагоприятный детский опыт оказывал существенное влияние на формирование депрессивной симптоматики, причём в группе студентов из России — преимущественно через механизм стресса, а в группах студентов из Африки и с Ближнего Востока — через кумулятивный эффект множественной травматизации.

Медиационные механизмы: роль стресса

Медиационный анализ позволил установить пути, посредством которых неблагоприятный детский опыт реализует своё влияние на депрессивную симптоматику через стресс (Таблица 3.15).

В российской группе общий эффект НДО на депрессию был статистически значимым ($c=0,546$; $p<0,001$); стресс выступал частичным медиатором, опосредуя 63,0% этого эффекта. В африканской группе общий эффект оказался слабее ($c=0,247$; $p<0,05$), однако медиация носила полный характер: 59,9% влияния НДО передавалось через стресс, тогда как прямой эффект не достигал статистической значимости. В ближневосточной группе наблюдался промежуточный вариант — частичная медиация с долей опосредованного эффекта 40,0%, что свидетельствует о сочетании прямого и опосредованного воздействия травматического опыта на психическое состояние.

Стресс выступал ключевым медиатором во всех трёх группах: коэффициенты пути b в модели PSM-25 \rightarrow BDI варьировали от 0,485 ($p < 0,001$) в ближневосточной группе до 0,766 ($p < 0,001$) в российской. Полученные данные указывают на то, что именно стрессовые переживания образуют центральное звено, через которое ранний травматический опыт трансформируется в актуальную депрессивную симптоматику.

Таблица 3.15 — Результаты медиационного анализа НДО \rightarrow PSM-25 \rightarrow BDI

Параметр	Россия	Африка	Ближний Восток
Эффекты (стандартизированные)			
Общий эффект (с)	0.546***	0.247*	0.435***
Прямой эффект (с')	0.202*	0.099 (ns)	0.261**
Непрямой эффект (а×b)	0.344***	0.148**	0.174**
Пути медиации			
Путь а (НДО \rightarrow PSM-25)	0.448***	0.207*	0.359***
Путь b (PSM-25 \rightarrow BDI)	0.766***	0.714***	0.485***
Характеристики медиации			
% медиации	63.0%	59.9%	40.0%
Тип медиации	Частичная	Полная	Частичная
95% CI непрямого эффекта	[0.191, 0.497]	[0.046, 0.250]	[0.054, 0.294]

*Примечание: ns - незначимый; * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$*

3.6. Сравнительный анализ гендерных паттернов депрессии в этнокультуральном контексте

3.6.1. Гендерная специфика в группе студентов из Африки

Анализ группы студентов из Африки ($n=81$; мужчины $n=44$, женщины $n=37$) подтвердил классические гендерные паттерны распространённости депрессивных расстройств. Гендерные различия в выраженности депрессивной симптоматики воспроизводили глобальную эпидемиологическую закономерность. Средний балл BDI у женщин составил $17,80 \pm 12,95$ — против $12,22 \pm 9,72$ у мужчин ($t=2,41$; $p=0,018$; $d=0,49$).

Особенно наглядно расхождение проявлялось на полюсах распределения. Тяжёлая депрессия ($BDI \geq 30$) фиксировалась у 21,6% студенток — каждой пятой, — тогда как среди мужчин лишь у 4,5%. Минимальные показатели ($BDI 0-9$) наблюдались у 52,3% мужчин и только у 32,4% женщин. Иными словами, мужская и женская выборки располагались на разных участках одной шкалы.

Соматические проявления подчинялись той же логике. Цефалгический синдром женщины указывали вдвое чаще — 59,5% против 25,0% у мужчин ($\chi^2=12,19$; $p<0,001$). Это согласуется с устойчивым межкультурным паттерном: головные боли напряжения при депрессии у женщин — явление универсальное, не ограниченное конкретной выборкой. У мужчин, напротив, доминировала дорсалгия — 40,9% против 8,1% у женщин ($\chi^2=15,16$; $p<0,001$). Этот паттерн допускает двойное прочтение: с одной стороны, физическая нагрузка от ночной работы; с другой — культурально санкционированный для мужчин способ предъявления дистресса через мышечно-скелетную симптоматику, а не через эмоциональные жалобы.

3.6.2. Гендерная гомогенность в группе студентов с Ближнего Востока

В ближневосточной группе ($n=78$; мужчины $n=44$, женщины $n=34$) картина была принципиально иной. Депрессия, стресс, неблагоприятный детский опыт — ни по одному из этих показателей значимых гендерных различий не обнаружилось. BDI: $12,5 \pm 10,8$ у мужчин против $12,0 \pm 11,7$ у женщин ($t=0,20$; $p=0,844$). PSM-25: $91,5 \pm 36,9$ против $94,1 \pm 39,7$ ($p=0,770$). НДО: $2,5 \pm 2,4$ против $2,7 \pm 2,7$ ($p=0,753$).

Единственным исключением стал болевой индекс. Женщины демонстрировали достоверно более высокие значения — $1,3 \pm 1,2$ против $0,8 \pm 0,9$ у мужчин ($t = -2,04$; $p = 0,045$; $d = -0,47$). Всё остальное — статистически неразлично. Это согласуется с известной тенденцией к большей соматизации у женщин из стран Ближнего Востока и отражает сохранение традиционного паттерна телесного выражения психологического дистресса.

3.6.3. Нивелирование гендерных различий в группе студентов из России

В российской группе ($n = 64$; мужчины $n = 12$, женщины $n = 52$) выраженная гендерная асимметрия состава выборки (81,2% женщин) не сопровождалась значимыми различиями между полами по основным психометрическим показателям. Средние значения депрессии по шкале BDI у женщин и мужчин были близкими: $12,1 \pm 11,5$ против $10,6 \pm 10,7$ ($p = 0,676$); показатели личностной тревожности также не различались: $40,8 \pm 20,6$ против $34,3 \pm 17,8$ ($p = 0,312$); аналогичная картина наблюдалась и по болевому индексу: $1,8 \pm 1,4$ против $1,2 \pm 1,1$ ($p = 0,164$).

Слабая тенденция к более высоким значениям у женщин прослеживалась по ряду показателей (Cohen's $d = 0,13 - 0,48$), однако статистической значимости не достигала. Наиболее вероятным объяснением служит малочисленность мужской подгруппы ($n = 12$), существенно ограничивавшей статистическую мощность для обнаружения межгрупповых различий.

3.6.4. Кросс-культуральный анализ гендерных копинг-стратегий

Сравнение гендерных особенностей копинг-стратегий также продемонстрировало выраженные культуральные различия.

В группе студентов из Африки женщины чаще прибегали к самоконтролю (7 человек, 18,9% против 3 человек, 6,8%) и бегству-избеганию (10 человек, 27,0% против 6 человек, 13,6%), тогда как мужчины чаще использовали дистанцирование (11 человек, 25,0% против 5 человек, 13,5%) и положительную переоценку (10 человек, 22,7% против 5 человек, 13,5%). Примечательно, что только мужчины прибегали к поиску социальной поддержки (3 человека, 6,8% против 0%; $p = 0,042$), что указывает на специфическую мужскую модель совладания.

В группе студентов с Ближнего Востока данных о гендерных различиях в копинге получено не было, что может свидетельствовать о культуральных барьерах в обсуждении эмоциональных проблем.

В группе студентов из России гендерные различия оказались минимальными и статистически незначимыми, что соответствует общей картине гендерной гомогенности в данной группе.

3.6.5. Гендерные особенности отношения к профессиональной помощи

Гендерные различия в отношении к психиатрической помощи были выявлены только в группе студентов из Африки. Полный отказ от получения помощи был более характерен для женщин (12 человек, 32,4% против 8 человек, 18,2%; $p=0,105$), тогда как готовность к медикаментозному лечению отмечалась у сопоставимо малой доли мужчин и женщин (2 человека, 4,5% и 2 человека, 5,4% соответственно). Таким образом, женщины, демонстрировавшие более высокий уровень депрессии, оказывались менее склонны обращаться за профессиональной помощью, что, вероятно, связано с высокой стигматизацией психических расстройств среди женщин в данной группе.

3.6.6. Возрастной фактор как модератор гендерных различий

Возраст оказался важным дополнительным модератором гендерных различий. В группе студентов из Африки мужчины были статистически значимо старше женщин ($23,29 \pm 2,75$ против $21,77 \pm 2,38$ года; $p=0,003$; $d=-0,59$), тогда как в группах студентов с Ближнего Востока и из России возрастные различия были минимальными. Более старший возраст мужчин из Африки может частично объяснять их более низкий уровень депрессии за счёт лучшей адаптации к академической среде и большего опыта управления стрессом.

3.7. Интегративная модель гендерных различий в контексте

этнокультуральных факторов

3.7.1. Концептуальная рамка анализа

Сопоставление трёх групп позволило предложить трёхуровневую модель взаимодействия гендерных и этнокультуральных факторов:

- **Универсальный уровень:** во всех группах сохранялась тенденция к большей соматизации у женщин, а также различия в предпочитаемых копинг-стратегиях.
- На **культуральном уровне** три группы воспроизводили три различных паттерна. В африканской когорте гендерная дифференциация депрессивной симптоматики была выражена отчётливо. В российской — различия нивелировались, что согласуется с более эгалитарным характером среды. В ближневосточной группе сохранялись традиционные паттерны соматизации с характерным гендерным распределением.
- На **индивидуальном уровне** выраженность этих различий дополнительно модифицировалась возрастом, социально-экономическим статусом и образовательными факторами.

3.7.2. Клинические импликации

Выявленные закономерности имеют прямые практические следствия. В африканской группе приоритетного внимания требуют женщины: необходимы гендерно-специфические программы скрининга, адресные интервенции и работа с барьерами обращения за помощью. Мужчинам целесообразно предлагать развитие навыков социальной поддержки. В ближневосточной группе универсальные программы применимы для обоих полов, однако повышенная соматизация у женщин требует отдельного учёта. В российской выборке гендерно-дифференцированные протоколы не обязательны; с учётом высокой доли женщин (81,2%) оптимальны универсальные подходы.

3.7.3. Методологические ограничения

Интерпретация результатов требует ряда оговорок. Выраженный дисбаланс полов в российской группе (81,2% женщин), культуральные барьеры самораскрытия у мужчин из традиционных обществ и возрастная гетерогенность африканской когорты ограничивали возможности сравнительного анализа. Отсутствие данных о гормональном статусе участниц дополнительно сужало глубину интерпретации гендерных различий.

3.8. Отношение к лечению и барьеры обращения за психиатрической помощью

3.8.1. Межкультурные различия в отношении к помощи

Среди всех изученных параметров именно отношение к психиатрической и психологической помощи обнаружило наиболее выраженные межкультурные расхождения (Таблица 3.16).

Таблица 3.16 — Предпочтения в получении психологической помощи

Тип отношения	Россия (n=64) n (%)	Африка (n=81) n (%)	Ближний Восток (n=78) n (%)	χ^2	p	Cramer's V
Готовность к профессиональной помощи						
Готов обратиться к психиатру	36 (56,3)	5 (6,2)	16 (20,5)	54,89	<0,001***	0,496
Предпочитает помощь психолога	16 (25,0)	24 (29,6)	29 (37,2)	2,78	0,249	0,112
Считает, что справится сам						
Предпочтение самопомощи (книги, интернет, ИИ)	15 (23,4)	21 (25,9)	32 (41,0)	7,46	0,024*	0,183
Полный отказ от помощи	—	22 (27,2)	—	—	—	—
Медикаментозное лечение						
Готов принимать препараты	6 (9,4)	5 (6,2)	3 (3,8)	1,93	0,381	0,093
Отказ от ПФТ	4 (6,3)	44 (54,3)	47 (60,3)	48,72	<0,001***	0,468
Уже принимает препараты	6 (9,4)	—	—	—	—	—

Примечание: * p<0,05; *** p<0,001

Готовность обратиться к психиатру варьировала между группами кардинально. В российской когорте её выражали 56,3% студентов (36 человек); в ближневосточной — 20,5% (16 человек); в африканской — лишь 6,2% (5 человек). Различия

статистически высокозначимы и характеризуются большой силой эффекта ($\chi^2=54,89$; $p<0,001$; Cramer's $V=0,496$). За цифрами стоят фундаментальные культурные установки и принципиально разный уровень стигматизации психических расстройств (Рис. 9).

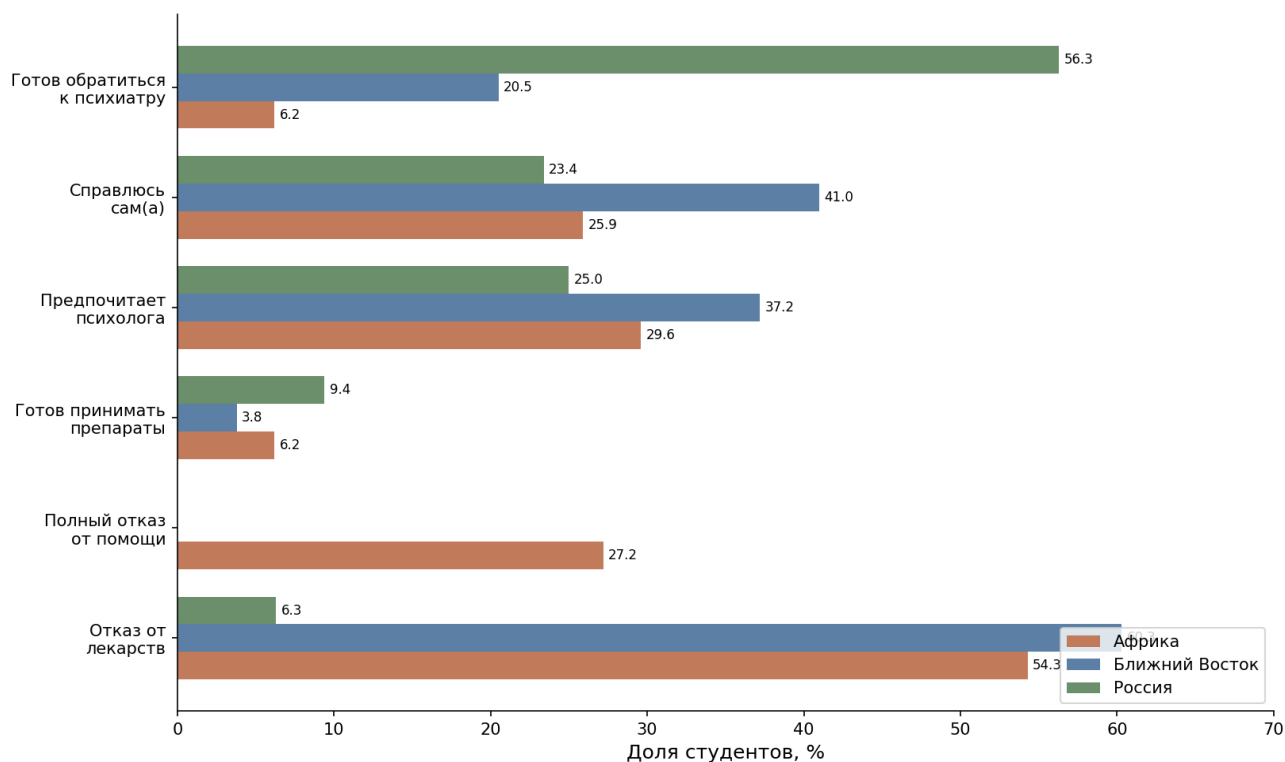


Рисунок 9 — Отношение к психиатрической и психологической помощи в трёх группах студентов.

Примечание: Значения приведены в процентах от числа участников в каждой группе. Российские студенты отличались наибольшей готовностью обратиться к психиатру (56,3%). В африканской и ближневосточной группах доминировали ориентация на самопомощь и отказ от профессионального вмешательства. Различия по готовности к психиатру статистически значимы ($\chi^2=54,89$; $p<0,001$; Cramer's $V=0,496$).

В африканской группе картина была особенно показательной. Каждый четвёртый студент — 27,2% (22 человека) — полностью отвергал саму возможность получения психиатрической помощи. Не откладывал, не сомневался — именно отвергал. В группе студентов с Ближнего Востока чаще выражалась ориентация на самостоятельное преодоление (32 человека, 41,0%), что может отражать высокую значимость религиозных и семейных практик как альтернативных ресурсов. В группе студентов из России также встречалась установка на самостоятельное совладание (15

человек, 23,4%), но она сочеталась с высокой готовностью к обращению к профессионалам.

Интересно, что готовность к медикаментозному лечению наиболее часто отмечалась в группе студентов из России (6 человек, 9,4%) и из Африки (5 человек, 6,2%), тогда как в группе студентов с Ближнего Востока она была минимальной (3 человека, 3,8%) — за исключением турецкой подгруппы, где 50% студентов уже получали психофармакотерапию на момент исследования. В целом отказ от медикаментозной терапии был характерен для студентов с Ближнего Востока (60,3%) и из Африки (54,3%) при минимальном показателе в группе студентов из России (6,3%), что отражало выраженные культурные и религиозные барьеры по отношению к фармакотерапии.

3.8.2. Связь отношения к помощи с тяжестью симптоматики

Анализ психопатологических показателей в зависимости от отношения к помощи выявил парадоксальные паттерны (Таблица 3.16). В группе студентов из России студенты, выбиравшие самопомощь, демонстрировали достоверно более низкие показатели депрессии и стресса по сравнению с теми, кто был готов обратиться к психиатру (BDI: 8,3 против 14,2; $p < 0,05$; PSM-25: 82,4 против 108,3; $p < 0,05$). Это может указывать как на реальное более благополучное психологическое состояние в данной подгруппе, так и на недооценку тяжести симптомов и предпочтение самостоятельных стратегий совладания.

Таблица 3.17 — Психопатологические показатели в зависимости от отношения к помощи

Группа	n	BDI (M ± SD)	PSM-25 (M ± SD)	Тревожность (M ± SD)
Россия (n=64)				
Готов обратиться к психиатру	36	14,2 ± 12,1	108,3 ± 40,2	42,3 ± 19,8
Предпочитает помощь психолога	16	10,8 ± 10,5	94,6 ± 38,9	38,9 ± 20,2
Расчёт на самостоятельное преодоление	15	8,3 ± 8,9*	82,4 ± 36,7*	34,5 ± 18,7

Группа	n	BDI (M ± SD)	PSM-25 (M ± SD)	Тревожность (M ± SD)
Африка (n=81)				
Готов к психиатру	5	12,3 ± 9,8	94,5 ± 29,7	35,6 ± 17,8
Предпочитает психолога	24	13,8 ± 11,2	96,4 ± 33,8	37,8 ± 19,4
Не готов принять помощь	22	18,9 ± 12,8*	112,3 ± 35,4*	42,1 ± 21,3
Ближний Восток (n=78)				
Готов к психиатру	16	17,2 ± 13,6	108,9 ± 41,2	–
Предпочитает психолога	29	13,8 ± 11,2	95,6 ± 37,8	–
Вера в самопомощь	32	8,9 ± 8,7**	84,3 ± 35,1*	–

*Примечание: * p<0,05; ** p<0,01 при сравнении с группой «Готов к психиатру» внутри каждой группы. Категории не являются взаимоисключающими.*

В группах студентов из Африки и с Ближнего Востока аналогичные тенденции сохранялись. У студентов из Африки, полностью отказавшихся от помощи, средний уровень депрессии и стресса был выше, чем у тех, кто предпочитал психолога (BDI: 18,9 против 13,8; PSM-25: 112,3 против 96,4). В группе студентов с Ближнего Востока более низкие показатели депрессии наблюдались у студентов, ориентировавшихся на самопомощь (BDI: 8,9 против 17,2 в подгруппе «готов к психиатру»; p<0,01).

Полученные данные отражали внутреннее противоречие в отношении к помощи. Тяжёлое состояние могло подтолкнуть к поиску медикаментозного лечения — но умеренная депрессия или стресс нередко оставались в зоне самопомощи. Это не всегда означало своевременное обращение за квалифицированной поддержкой.

3.8.3. Культурно-специфические барьеры

Качественный анализ барьеров (Таблица 3.18) обнажил принципиально разные препятствия в каждой из трёх групп.

Африканские студенты сталкивались прежде всего со структурными ограничениями. Удалённость служб помощи — 68%, финансовая недоступность — 72%, катастрофический дефицит специалистов — 84%. Это не вопрос установок или

мотивации: даже при наличии запроса на помощь объективный доступ к ней попросту отсутствовал.

В ближневосточной группе препятствия были иного рода. Религиозные убеждения называли 78% студентов, семейное неодобрение — 82%, стигматизацию — 67%. Убеждённость в том, что справиться можно самостоятельно, разделяли 71% — и это вполне согласуется с доминирующей в этой группе установкой на самопомощь.

Российские студенты демонстрировали более смешанный профиль. Дефицит специалистов отмечали 52%, страх побочных эффектов — 41%, недоверие к системе — 34%. Стигматизация фиксировалась лишь у 23% — заметно ниже, чем в двух других группах, что вполне объясняет и более высокую готовность обращаться за профессиональной помощью.

Таблица 3.18 — Барьеры к обращению за психиатрической помощью: доля студентов, указавших данный фактор (%)

Категория барьеров	Барьер	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Доминирующий регион
Структурные	Географическая удалённость	45	68	32	Африка
	Финансовая недоступность	38	72	28	Африка
	Дефицит специалистов	52	84	45	Африка
Культурные	Стигматизация	23	89	67	Африка
	Религиозные убеждения	8	45	78	Ближний Восток
	Семейное неодобрение	15	67	82	Ближний Восток
Личностные	Недоверие к системе	34	56	41	Африка
	Страх побочных эффектов	41	78	52	Африка
	Убеждение в самостоятельности	28	34	71	Ближний Восток

Категория барьеров	Барьер	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	Доминирующий регион
	м преодолении				

Примечание: респонденты могли указывать несколько барьеров одновременно

Таблица 3.17 показывает, что в каждой группе барьеры складывались в качественно различные конфигурации. Африканская когорта сталкивалась с сочетанием структурных ограничений и высокого уровня стигматизации (89%): нехватка специалистов (84%) в совокупности с финансовой недоступностью услуг (72%) превращали получение помощи в объективно труднодостижимую задачу. В ближневосточной группе определяющую роль играли культурно-религиозные факторы: семейное неодобрение (82%), религиозные убеждения (78%), а также убеждённость в необходимости самостоятельного преодоления трудностей (71%). Российские студенты демонстрировали наиболее равномерный профиль барьеров: уровень стигматизации был минимальным (23%), структурные препятствия — умеренными; именно в этой группе фиксировалась наибольшая готовность к обращению за профессиональной помощью (56,3%).

3.8.3.1. Культурно-специфические особенности:

Каждая из трёх групп обнаруживала собственный психологический профиль, не сводимый к двум другим.

Для российской выборки была характерна исключительно высокая сопряжённость стресса и депрессии ($r=0,766$), сочетавшаяся с относительно высокой готовностью обращаться за психиатрической помощью (57,1%); доминирующим коморбидным симптомом выступали нарушения сна.

В африканской когорте фиксировались наиболее высокие показатели депрессии ($M=15,41$); влияние травматического опыта на депрессивную симптоматику полностью опосредовалось стрессом. При этом готовность к профессиональной помощи оставалась критически низкой.

Ближневосточная группа характеризовалась полным отсутствием проблемно-ориентированных стратегий совладания, выраженной установкой на

самостоятельное преодоление трудностей (41,6%) и противоречивыми паттернами психосоматики: высокий уровень ситуативной тревожности сочетался со слабой её интеграцией в устойчивые личностные образования.

Таблица 3.19 — Сравнительный анализ психометрических показателей в трёх этнокультуральных группах

Показатель	Россия (n=64)	Африка (n=81)	Ближний Восток (n=78)	p- значение
BDI (M ± SD)	11,78 ± 11,28	15,41 ± 11,95	12,25 ± 11,20	0,098
PSM-25 (M ± SD)	99,14 ± 41,65	101,56 ± 35,12	92,87 ± 38,16	0,341
STAI-ЛТ (M ± SD)	39,57 ± 20,10	39,24 ± 20,35	44,83 ± 18,72	0,120
STAI-СТ (M ± SD)	38,89 ± 21,27	38,21 ± 21,01	48,36 ± 19,45	0,004**
НДО (M ± SD)	1,70 ± 1,86	2,79 ± 1,99	2,55 ± 2,57	0,006**
r (BDI, PSM-25)	0,766***	0,714***	0,485***	0,015*
r (BDI, STAI-ЛТ)	0,643***	0,204*	0,418***	—
r (BDI, STAI-СТ)	0,492***	0,322**	0,385***	—
Готовность к психиатру (%)	56,3	6,2	20,5	<0,001***
Медиация НДО→PSM→BDI (%)	63,0 (частичная)	59,9 (полная)	40,0 (частичная)	—

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. BDI — Beck Depression Inventory; PSM-25 — Psychological Stress Measure; STAI-ЛТ — личностная тревожность; STAI-СТ — ситуативная тревожность; НДО — неблагоприятный детский опыт; r — коэффициент корреляции Пирсона

Данные таблицы 3.19 свидетельствуют о том, что при сопоставимых средних уровнях депрессии и стресса структура межпоказательных связей в трёх группах оказалась качественно различной. В российской выборке депрессия была наиболее тесно сопряжена со стрессом ($r=0,766$) и личностной тревожностью ($r=0,643$) — конфигурация, характерная для интернализирующего паттерна переработки дистресса через устойчивые внутриличностные структуры. В ближневосточной группе при наивысшем уровне ситуативной тревожности ($p=0,004$) корреляции с

депрессией оставались умеренными. Африканская выборка отличалась минимальной связью депрессии с личностной тревожностью ($r=0,204$) на фоне наиболее выраженного неблагоприятного детского опыта. Готовность к обращению за профессиональной помощью обнаруживала между группами разрыв, который иначе как радикальным не назовёшь: 56,3% в российской группе против 6,2% в африканской ($p<0,001$).

ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ: КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ, ПСИХООБРАЗОВАНИЕ, ФАРМАКОТЕРАПИЯ ФЛУОКСЕТИНОМ

4.1. Дизайн интервенционного исследования

4.1.1. Формирование терапевтических групп

После завершения первого этапа исследования, включавшего 223 студента-медика (64 из России, 78 с Ближнего Востока, 81 из Африки), был проведён отбор участников для интервенционного этапа. Критериями включения являлись: возраст 18-27 лет, добровольное информированное согласие, наличие депрессивной симптоматики (BDI >10 баллов) или ранее диагностированное депрессивное расстройство.

На втором этапе из общего пула иностранных студентов, согласившихся на участие в терапевтических интервенциях, были сформированы три группы:

- Фармакотерапия СИОЗС (флуоксетин): 45 человек
- Психообразовательный тренинг: 49 человек
- Когнитивно-поведенческая терапия: 41 человек

Из исследования были исключены 22 студента в связи с отказом от участия после рандомизации.

4.1.2. Временные точки оценки

Эффективность интервенций оценивалась в следующие временные точки:

- Исходный уровень (неделя 0)
- Окончание активной фазы терапии (неделя 8)
- Катамнестическое наблюдение через 3 месяца
- Долгосрочный катамнез через 6 месяцев

4.2. Протокол фармакотерапии

4.2.1. Схема назначения флуоксетина

Всем участникам группы фармакотерапии назначался флуоксетин по единой схеме: стартовая доза составляла 20 мг/сут утром; при недостаточном эффекте к четвёртой неделе доза увеличивалась до 40 мг/сут; максимально допустимая доза

— 60 мг/сут — применялась при отсутствии терапевтического ответа на 40 мг к шестой неделе. Мониторинг состояния проводился еженедельно в течение первых двух недель, в дальнейшем — каждые две недели до завершения восьминедельного периода наблюдения.

4.2.2. Приверженность терапии и причины отказа

Анализ приверженности обнажил этнокультурные закономерности, местами носившие парадоксальный характер: факторы, повышавшие комплаентность в одних группах, в других действовали как барьеры.

В группе СИОЗС этническая гетерогенность приверженности была весьма выраженной. Из 45 участников восьминедельный курс завершили 19 человек (42,2%), однако за этой суммарной цифрой скрывались принципиальные межгрупповые различия, представленные в таблице 4.1.

Таблица 4.1 — Приверженность к фармакотерапии (СИОЗС) в зависимости от этнокультурной группы

Группа	Начали курс	Завершили курс	Приверженность
Россия	12	10	83,3%
Ближний Восток	18	7	38,9%
Африка	15	2	13,3%

Наибольшую приверженность к фармакотерапии демонстрировали **российские студенты (83,3%)**. Этот результат согласуется с культурной нормализацией психофармакологического лечения в данной группе: 9,5% участников принимали психотропные препараты ещё до включения в исследование, а уровень стигматизации оставался минимальным (23%).

Студенты африканского происхождения показали катастрофически низкую приверженность (13,3%). Динамика выбывания:

Первая неделя (наибольший отсев — 12 человек из 15):

- Усиление тревоги: 58,3%
- Тремор: 41,7%

- Выраженная сонливость: 75,0%

Парадоксально, но ключевой проблемой стала сонливость на фоне приёма флуоксетина — препарата с преимущественно активирующим действием. Тем не менее часть студентов отмечала выраженный седативный эффект, несовместимый с режимом ночных занятий: «Хочется спать, а спать никак нельзя, потому что ночью мы учим».

Студенты из стран Ближнего Востока (приверженность 38,9%) реагировали на начало фармакотерапии преимущественно конверсионно-диссоциативными проявлениями. Псевдоневрологическая симптоматика — парестезии верхних конечностей по типу «перчаток», не соответствующие зонам анатомической иннервации — зафиксирована у троих участников. У двух других развились кардиофобические реакции: панические атаки с убеждённой в остром коронарном синдроме и функциональными кардиалгиями. Четверо в первые 72 часа терапии неоднократно обращались за экстренной медицинской помощью, драматизируя соматические ощущения.

На второй неделе выбыли ещё пять человек: трое сослались на отсутствие эффекта, двое — на несоответствие эффекта ожиданиям. В последующие недели трое прекратили приём из-за страха зависимости; ещё трое — после того как сообщили родителям о лечении и получили категорический запрет от отцов.

В группе КПТ картина приверженности была диаметрально противоположной (Таблица 4.2).

Таблица 4.2 — Приверженность к индивидуальной КПТ в зависимости от этнокультурной группы

Группа	Начали курс	Завершили курс	Приверженность
Африка	18	17	94,4%
Ближний Восток	15	14	93,3%
Россия	8	3	37,5%

Студенты из Африки и с Ближнего Востока завершили курс практически в полном составе — 94,4% и 93,3% соответственно. В российской группе этот

показатель составил лишь 37,5% — притом, что терапия предоставлялась бесплатно и была территориально доступна. Среди названных причин отказа: нехватка времени в условиях интенсивной учебной нагрузки (n=3), предпочтение фармакотерапии как более быстрого способа решения проблемы (n=2), дискомфорт от индивидуального формата, воспринимавшегося как избыточно личное взаимодействие (n=2).

Объяснение этого феномена, по всей видимости, лежит в области культурных представлений о форматах психотерапевтической помощи. Приём препаратов вписывается в привычную логику медицинского лечения; групповой тренинг воспринимается как образовательное мероприятие. Индивидуальная психотерапия занимает принципиально иную символическую нишу: в сознании российских студентов она устойчиво ассоциируется с тяжёлой психической патологией и предполагает степень эмоциональной открытости, к которой значительная часть из них оказывается не готова.

4.2.3. Долгосрочная приверженность

Катамнестическое наблюдение подтвердило устойчивость этнокультурных различий. В группе СИОЗС через три месяца лечение продолжали 12 человек (26,7% от исходного состава): восемь из России, трое из Турции, один из Ирана. К шести месяцам их осталось восемь — шестеро российских студентов и двое турецких.

В группе КПТ картина была принципиально иной. Навыки, освоенные в ходе терапии, через три месяца применяли 84,2% завершивших курс; через шесть месяцев — 73,7%. Преимущественно это были студенты из Африки и с Ближнего Востока.

4.3. Психообразовательный тренинг

4.3.1. Структура программы

Трёхдневный интенсивный тренинг (по 3 часа в день, общая продолжительность 9 часов) включал три основных блока:

- Модуль I. Психообразовательный компонент и когнитивная реструктуризация дисфункциональных убеждений (День 1, 180 минут)
- Модуль II. Когнитивно-поведенческая интервенция (День 2, 180 минут)
- Модуль III. Навыки эмоциональной регуляции и толерантности к дистрессу (День 3, 180 минут)

Теоретико-методологическая база: Интеграция биопсихосоциальной парадигмы (Engel, 1977) с транскультуральным подходом (Kleinman, 1988) применённые для анализа этнокультуральных различий в клинической феноменологии депрессии, копинг-стратегиях и барьерах к терапии [190, 191], см. Приложение 3. Оценка эффективности проводилась с помощью pre-post измерений по BDI, PSM-25

4.3.2. Приверженность и удовлетворённость программой

Из 49 участников полную программу прошли 47 человек (95,9%). Оценка удовлетворённости проводилась с помощью анонимных анкет по завершении тренинга. Результаты показали высокий уровень удовлетворённости: 91,5% участников оценили программу как «полезную» или «очень полезную», 89,4% отметили улучшение понимания собственных эмоциональных состояний, 87,2% выразили готовность рекомендовать тренинг другим студентам.

Высокая приверженность и позитивные оценки объяснялись:

- Краткосрочностью программы (3 дня);
- Групповым форматом, снижающим стигматизацию («это как учебный семинар, а не лечение»);
- Практической направленностью с освоением конкретных навыков;
- Отсутствием ассоциации с «лечением психического заболевания».

4.4. Протокол когнитивно-поведенческой терапии

Логика построения протокола отражала классическую структуру когнитивно-поведенческой терапии: первые сессии были посвящены созданию доверительного контакта и формированию у пациента понимания того, как мысли влияют на его эмоциональное состояние, тогда как последующие встречи

постепенно вооружали его конкретными инструментами работы с негативными убеждениями и поведенческой пассивностью. Неотъемлемой частью каждого этапа служили домашние задания — ведение дневников, отслеживание собственных реакций, выполнение небольших поведенческих экспериментов, — без которых освоенные на сессии техники рисковали остаться лишь теоретическим знанием, не укоренившимся в реальной жизни пациента. Курс завершался не просто повторным тестированием, но и своеобразным ритуалом подведения итогов: написание письма самому себе в будущее помогало участнику осмыслить пройденный путь и сохранить внутренний ориентир для самостоятельной работы после окончания терапии (см. Приложение И).

4.4.1. Особенности терапевтического процесса в этнических группах

В ходе КПТ выявились культурно-специфические паттерны взаимодействия:

Студенты из стран Ближнего Востока демонстрировали специфический паттерн терапевтического взаимодействия, характеризующийся быстрым снятием психологических защит и избыточной открытостью уже на первых сессиях. Они склонны сообщать интимные подробности без соответствующего запроса терапевта, активно ищут эмпатию и эмоциональную поддержку. У данной группы отмечается тенденция к формированию зависимости от терапевта с требованиями «особого отношения» и проявлениями навязчивости в межсессионных контактах.

Студенты африканского происхождения на начальном этапе терапии держались заметно осторожнее: первые две-три сессии нередко носили формальный характер, и лишь по мере накопления терапевтического контакта взаимодействие становилось более открытым, а мотивация к работе — ощутимо возрастала. Устойчивой чертой этой группы была практическая ориентированность: студенты ценили конкретные результаты и чётко соблюдали терапевтические границы.

Российские студенты представляли собой случай, который трудно объяснить в рамках стандартных ожиданий. Декларируемая готовность к профессиональной помощи — 57,1%, стигматизация психотерапии — всего 23%; казалось бы, условия для высокой приверженности налицо. Тем не менее индивидуальный курс КПТ

завершили лишь 37,5% из тех, кто согласился участвовать. Студенты, продолжавшие терапию, в целом соблюдали границы и продуктивно работали с когнитивными техниками — однако последовательно уходили от эмоционального материала в сторону интеллектуализации и рационализации. Причины отказа от КПТ назывались разные: нехватка времени, тяга к «быстрому» фармакологическому решению, ощущение, что индивидуальный формат требует слишком личного раскрытия. За этим, по всей видимости, стоит более глубокая установка: фармакотерапия воспринимается как рядовое медицинское лечение, групповой тренинг — как образовательная программа, тогда как индивидуальная психотерапия в культурном сознании устойчиво маркирует серьёзную психическую патологию.

4.4.2. Приверженность КПТ

Из 41 участника полный 8-недельный курс завершили 38 человек (92,7%). Минимальный отсев объяснялся:

- Индивидуальным форматом работы;
- Гибкостью в планировании сессий;
- Культурной адаптацией протокола;
- Формированием терапевтического альянса.

4.5. Сравнительная эффективность интервенций

4.5.1. Динамика депрессивной симптоматики

Таблица 4.3 — Изменение показателей BDI через 8 недель

Группа	N завершивших	Исходный BDI (M±SD)	BDI через 8 нед.	Δ BDI	% снижения
КПТ	34/41 (82,9%)	19,2±8,4	7,8±5,2	-11,4±5,6	59,4%
Тренинг	47/49 (95,9%)	18,7±7,9	11,9±6,3	-6,8±4,7	36,4%
СИОЗС	19/45 (42,2%)	19,5±8,6	12,1±6,8	-7,4±5,2	37,9%

Односторонний дисперсионный анализ выявил значимые различия между группами ($F=14,32$; $p<0,001$) (Таблица 4.4). Post-hoc анализ с поправкой Тьюки показал:

- КПТ > Тренинг ($p < 0,001$);
- КПТ > СИОЗС ($p < 0,001$);
- Тренинг = СИОЗС ($p = 0,743$).

4.5.2. Частота терапевтического ответа и ремиссии

Критерии оценки:

- Ответ: снижение BDI $\geq 50\%$ от исходного;
- Ремиссия: BDI < 10 баллов (Таблица 4.5).

Таблица 4.4 — Частота ответа и ремиссии (ITT-анализ)

Группа	Ответ n (%)	Ремиссия n (%)	NNT для ремиссии
КПТ	28/41 (68,3%)	19/41 (46,3%)	2,2
Тренинг	20/49 (40,8%)	12/49 (24,5%)	4,1
СИОЗС	8/45 (17,8%)	5/45 (11,1%)	9,0

χ^2 для частоты ответа = 24,67; $p < 0,001$

χ^2 для частоты ремиссии = 18,43; $p < 0,001$

4.5.3. Этнические различия в эффективности интервенций

Сравнительный анализ показал, что индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) продемонстрировала универсальную эффективность во всех этнических группах. В выборке студентов из стран Африки снижение по шкале BDI составило в среднем $10,2 \pm 5,1$ балла, что эквивалентно уменьшению симптоматики на 53,1%. У студентов из Ближнего Востока результат оказался ещё выше — снижение на $11,8 \pm 5,4$ балла (61,5%). Анализ данных участников, полностью завершивших курс терапии, подтвердил сопоставимость полученных эффектов.

Групповой тренинг оказался умеренно эффективным в обеих популяциях: в Африке снижение BDI составило $6,2 \pm 4,3$ балла (33,2%), на Ближнем Востоке — $7,1 \pm 4,9$ балла (38,0%). Хотя эффект был ниже, чем при КПТ, он также носил устойчивый характер и сопровождался дополнительными социально-поддерживающими факторами.

Применение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) оказалось наименее однородным В африканской группе фармакотерапию завершили лишь двое студентов — выборка, недостаточная для полноценного статистического анализа. В ближневосточной группе среди завершивших курс (n=17) снижение BDI составило $7,8 \pm 5,0$ балла (40,0%). Совокупно эти данные указывают на крайнюю вариабельность результатов фармакотерапии, обусловленную культурными барьерами и низкой комплаентностью.

4.6. Долгосрочные результаты

4.6.1. Катамнез через 3 месяца

Через три месяца после завершения курса КПТ ремиссия сохранялась у 16 из 19 участников (84,2%). В группе тренинга этот показатель составил 66,7% (8 из 12) — результат убедительный, хотя и менее устойчивый. Среди продолжавших приём СИОЗС (n=8) улучшение сохранялось у шести (75,0%). Показательна судьба тех, кто прервал терапию: рецидив наступал у всех в течение четырёх-шести недель.

4.6.2. Катамнез через 6 месяцев

К шести месяцам ремиссию сохраняли 14 из 19 участников группы КПТ (73,7%). В группе тренинга — лишь половина (6 из 12). Среди продолжавших приём СИОЗС к этому сроку оставалось четыре человека — все из Турции; трое из них (75,0%) демонстрировали стабильное состояние. КПТ, таким образом, обеспечивала наибольшую долгосрочную устойчивость эффекта; тренинг уступал ей по уровню сохранения ремиссии; результаты фармакотерапии существенно определялись культурным и социальным контекстом.

4.7. Качественный анализ барьеров и фасилитаторов

4.7.1. Барьеры к фармакотерапии

Культурные и практические факторы существенно ограничивали применение фармакотерапии — и в каждой группе по-своему. В африканской когорте 78% студентов разделяли убеждение, что «таблетки — для слабых». На Ближнем Востоке ключевым сдерживающим фактором служила религиозная стигма — представление о недопустимости «лечения души химией» (62%); существенную роль играло и семейное давление с прямыми запретами. В целом по

выборке 54% студентов опасались «изменения личности» под воздействием препаратов. К практическим барьерам относились несовместимость седативного эффекта с ночными занятиями у африканских студентов и катастрофизация побочных эффектов в ближневосточной группе.

Российские студенты демонстрировали принципиально иной профиль. Стигматизация психофармакотерапии фиксировалась лишь у 23%; 9,5% уже принимали психотропные препараты на момент включения. Фармакотерапия воспринималась как рядовое медицинское лечение. Причины редких отказов носили сугубо практический характер — побочные эффекты в виде сексуальной дисфункции и набора веса — без катастрофизации и конверсионных реакций.

4.7.2. Факторы успеха КПТ

Высокая эффективность КПТ опиралась на ряд универсальных преимуществ: структурированность подхода, активная роль пациента, освоение конкретных навыков совладания, отсутствие побочных эффектов. Культурно-специфические акценты при этом существенно различались. Для африканских студентов ключевым терапевтическим условием служило постепенное выстраивание доверия в сочетании с акцентом на практически ощутимых результатах. В ближневосточной группе центральными задачами становились удержание чётких терапевтических границ и работа с тенденцией к избыточной зависимости от терапевта. Российские студенты представляли случай, объяснение которому приходится искать за пределами стандартных моделей: декларируемая готовность к помощи (57,1%) и низкий уровень стигматизации (23%) не конвертировались в реальную приверженность — курс индивидуальной КПТ завершили лишь 37,5%. Те, кто его всё же прошёл, демонстрировали хорошее усвоение когнитивных техник, однако последовательно уходили от эмоционального материала в интеллектуализацию. Индивидуальная психотерапия в восприятии этой группы маркировала тяжёлую психическую патологию — тогда как групповой тренинг, воспринимавшийся как образовательная программа, собрал стопроцентную явку.

4.7.3. Преимущества группового тренинга

Групповой формат порождает эффекты, которые индивидуальная терапия воспроизвести не способна. Совместное обсуждение опыта нормализовывало переживания участников; образовательное обрамление процесса снижало порог стигматизации. К числу дополнительных преимуществ относились экономическая доступность метода и возможность охватить значительно большее число студентов при тех же ресурсах.

Сравнительный анализ трёх терапевтических подходов выявил как сквозные закономерности, так и этнокультурно обусловленные различия. КПТ устойчиво лидировала по всем ключевым показателям: снижение BDI на 60,7%, ремиссия у 46,3% участников, 92,7% завершивших курс, сохранение ремиссии через шесть месяцев у 73,7%.

Тренинг продемонстрировал умеренную эффективность (снижение BDI на 35,4%, ремиссия у 24,5%) при отличной приверженности (95,9%) — оптимальный вариант первой линии помощи при ограниченных ресурсах

Фармакотерапия СИОЗС показала критически низкую комплаентность — 42,2% в целом по выборке, а в африканской группе отказались от лечения 95,6% участников. Совокупность культурных барьеров, стигматизации и несовместимости побочных эффектов с интенсивным учебным графиком делает антидепрессанты практически неприменимыми в данной популяции без предварительной подготовительной работы.

4.8. Этнокультуральная гетерогенность депрессивных расстройств:

императив персонализированной терапии

4.8.1. Дифференциация терапевтических стратегий на основе

этнокультурального профиля

Три группы, участвовавшие в исследовании, обнаружили настолько различные клинические картины, преморбидные профили и отношение к лечению, что применение единого терапевтического протокола ко всем им одновременно лишено смысла. Стандартизация здесь — не нейтральное решение, а источник системных ошибок.

Применительно к африканской когорте отправной точкой должен служить один факт: 94% студентов отказались от фармакотерапии. Не часть из них — подавляющее большинство. Это означает, что любая стратегия, ставящая медикаментозное лечение в центр, обречена на провал ещё до начала. Психосоциальные интервенции здесь первичны; медикаментозная опция может рассматриваться лишь после последовательной психообразовательной подготовки. Гендерная асимметрия симптоматики — BDI $17,80 \pm 12,95$ у женщин против $12,22 \pm 9,72$ у мужчин — требует отдельных терапевтических групп, работающих с различными паттернами соматизации: цефалгии доминируют у 59,5% женщин, дорсалгии — у 40,9% мужчин. Наконец, 62,3% студентов вынуждены работать по ночам — и терапевтическая программа, игнорирующая этот факт, неизбежно столкнётся с проблемой доступности. Социальная поддержка, включая финансовое консультирование, здесь не дополнение к лечению, а его условие.

Склонность к конверсионно-диссоциативным реакциям на инициацию терапии, проявляющаяся псевдоневрологической симптоматикой и кардиофобиями, диктует необходимость стационарного старта лечения с круглосуточным медицинским наблюдением в первые 72 часа. Полное отсутствие копинг-стратегии планирования решений и доминирование фаталистических установок требует интеграции терапии, ориентированной на решение, с религиозно-ориентированной психотерапией. Максимальная ситуативная тревожность (48.36 ± 19.45) при умеренной личностной (44.83 ± 18.72) указывает на приоритет анксиолитической терапии и обучения техникам управления стрессом.

Российская выборка демонстрирует наиболее благоприятный терапевтический прогноз при условии адресации специфических проблем. Высокая готовность к психиатрической помощи, достигающая 56,3%, и наличие опыта приёма психотропных препаратов у 9,4% студентов создают основу для быстрой инициации комбинированной терапии. Максимальная корреляция личностной тревожности с депрессией ($r=0,643$) указывает на необходимость длительной психотерапии с фокусом на личностных паттернах, возможно, с применением схема-терапии. Распространённость психогенного переедания у

43,8% и ночных переяданий у 26,6% требует включения в терапевтическую команду нутрициолога и интеграции элементов терапии пищевого поведения.

Отягощённый семейный психиатрический анамнез — у 31,3% студентов, алкоголизм среди родственников — у 23,4% — делает семейную терапию и профилактику аддиктивного поведения не опциональным, а обязательным компонентом работы с этой группой.

Терапевтические предпочтения российских студентов образовывали характерный паттерн. Групповой тренинг завершили все (100%), фармакотерапию — 83,3% (10 из 12). Приверженность к индивидуальной КПТ в российской группе оказалась минимальной: курс завершили лишь 37,5% участников (3 из 8). Парадокс разрешается, если принять во внимание культурную семантику форматов помощи: фармакотерапия вписывается в привычную логику медицинского лечения, тренинг воспринимается как образовательное мероприятие, тогда как индивидуальная психотерапия устойчиво ассоциируется с серьёзной психической патологией. Долгосрочная приверженность к СИОЗС в этой группе была наивысшей в выборке: через шесть месяцев препарат продолжали принимать 6 из 10 студентов (60%). Навыки, полученные в ходе тренинга, через шесть месяцев сохраняли 59,1% участников — также максимальный показатель среди всех групп. Исходя из этого, оптимальной стратегией для российской когорты представляется сочетание фармакотерапии с групповыми форматами работы при постепенном — и только после формирования группового альянса — подключении индивидуальной психотерапии.

4.8.2. Протоколы фармакотерапии с учетом этнокультуральных особенностей

Фармакотерапевтические подходы нуждаются в существенной адаптации применительно к каждой группе. Для студентов из Африки отправной точкой должны служить минимальные дозы — в частности, флуоксетин 10 мг с последующей медленной титрацией. Учитывая ночную занятость большинства, приоритет следует отдавать препаратам с минимальным седативным эффектом. Обязательным остаётся контроль QT-интервала ввиду возможной

кардиотоксичности после перенесённой малярии. Психообразование о безопасности препаратов должно проводиться на родном языке студентов — без этого компонента остальные меры теряют смысл.

В ближневосточной группе, где конверсионные реакции на начало терапии были задокументированы, оптимальным представляется стационарный старт при наличии такой возможности. Короткий курс бензодиазепинов может использоваться для купирования острых конверсионных симптомов. Вовлечение религиозных авторитетов способно существенно повысить комплаентность — легитимизация лечения в культурном и духовном контексте здесь работает там, где медицинские аргументы не достигают цели. Препаратов с выраженными вегетативными эффектами следует избегать: они интерпретируются как соматические катастрофы и провоцируют отказ от терапии.

Российские студенты допускают амбулаторный старт с терапевтических доз. При коморбидной тревоге обоснована комбинация СИОЗС с атипичными антипсихотиками. Метаболические нарушения, связанные с перееданием, могут потребовать добавления метформина; при снижении концентрации внимания показаны когнитивные корректоры.

4.8.3. Интеграция с соматической медициной

Выявленные паттерны коморбидности требуют мультидисциплинарного подхода. Для африканской когорты первоочередной является консультация инфекциониста — скрининг на латентную малярию, оценка нейротоксичности, профилактика рецидивов. Всем группам при множественных болевых синдромах показана консультация невролога для дифференциальной диагностики между психогенными и органическими болями. Группам студентов из Российской Федерации и Ближнего Востока с нарушениями пищевого поведения необходима консультация эндокринолога для оценки и коррекции метаболического синдрома. При инсомнии длительностью более трех месяцев показана консультация сомнолога с проведением полисомнографии для исключения органических нарушений сна.

ОБСУЖДЕНИЕ

На данной выборке впервые продемонстрирована критическая роль психосексуальных расстройств в формировании тяжёлой депрессии. Общая распространённость составила 38,1% (85 из 223), при этом наличие любой психосексуальной проблемы сопровождалось более высокими показателями депрессии (BDI: $22,4 \pm 8,9$ против $14,2 \pm 9,6$; $t=6,23$; $p<0,001$). Мультивариантный анализ показал, что психосексуальные нарушения увеличивают риск тяжёлой депрессии в 3,7 раза (OR=3,72; 95% ДИ: 2,14–6,47), объясняя 18,4% дисперсии депрессивной симптоматики.

Выраженные этнокультуральные различия подтверждают многоуровневую природу этих проблем: среди студентов с Ближнего Востока 41,9% мужчин отмечали дистресс, связанный с мастурбацией и религиозными ограничениями; в группе студентов из Африки 30,6% женщин сообщили о пережитом сексуализированном насилии; в группе студентов из России отношение к сексуальности оказалось более открытым, однако 15,0% женщин также указали на опыт насилия. Примечательно, что 68,2% психосексуальных проблем не выявлялись при первичной диагностике — они раскрывались в ходе терапии, в среднем на 3–4-й сессии КПТ. Это не методологический артефакт, а содержательный результат: безопасное терапевтическое пространство является необходимым условием работы с данной категорией проблем.

Расстройства пищевого поведения воспроизводили устойчивые межкультурные паттерны. В африканской группе доминировало снижение аппетита (50,6%); в ближневосточной — психогенное переедание (23,1%) и синдром ночного переедания (19,2%); в российской — психогенное переедание (43,8%). Различия отражают культурно-специфические механизмы эмоциональной регуляции и делают индивидуализацию подходов не рекомендацией, а требованием.

Соматоформные проявления последовательно коррелировали с уровнем депрессии во всех группах ($r=0,229-0,289$; $p<0,05$). В российской когорте индекс нарушений сна составил $1,87 \pm 1,56$; его связь с депрессивной симптоматикой была

достаточно выраженной ($r=0,367$; $p<0,001$). Множественные болевые симптомы (≥ 2) выявлялись у 53,1% российских студентов, 45,7% африканских и 29,5% ближневосточных ($\chi^2=7,89$; $p=0,019$) — то есть соматизация воспроизводилась как маркер депрессии во всех трёх группах, вне зависимости от культурной принадлежности.

Инфекционный анамнез в этом контексте заслуживает специального рассмотрения. Множественная инфекционная нагрузка (≥ 3 перенесённых инфекций) была значимо связана как с тяжестью депрессии ($r=0,189$; $p<0,01$), так и с выраженностью болевого синдрома ($r=0,267$; $p<0,001$). Детские инфекции — в том числе корь — по имеющимся данным также способны выступать модуляторами депрессии: через персистирующее нейровоспаление, сенситизацию болевых путей, дисрегуляцию гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и снижение когнитивного резерва. Совокупность этих данных согласуется с нейровоспалительной моделью депрессии и обосновывает целесообразность включения инфекционного анамнеза в стандартные диагностические протоколы.

Неблагоприятный детский опыт выступал фактором риска во всех группах, однако механизмы его реализации различались существенно. В российской выборке при минимальном уровне НДО ($1,70 \pm 1,86$) сохранялся значимый прямой эффект на депрессию, частично опосредованный стрессом (63,0%); в сочетании с максимальной корреляцией депрессии и личностной тревожности ($r=0,643$) это указывает на необходимость терапевтической работы с тревожно-депрессивными паттернами, а не с травматическим опытом как таковым. В африканской группе медиация через стресс была полной (59,9%), что выдвигает стресс-менеджмент на первый план. В ближневосточной — доля опосредованного эффекта оказалась наименьшей (40,0%), что свидетельствует о более сложных и многоступенчатых путях от ранних травм к актуальной психопатологии.

Фармакотерапия в иностранных группах столкнулась с критически низкой комплаентностью. При суммарном показателе приверженности к СИОЗС 42,2% межгрупповой разброс был разительным: 13,3% в африканской группе, 38,9% в ближневосточной и 83,3% в российской. Досрочное выбывание иностранных

студентов определялось несколькими факторами: побочные эффекты в первые недели терапии (40% отказов), несовместимость седативного действия препарата с ночным режимом занятий, катастрофизация соматических симптомов, а также культурные барьеры — убеждение в том, что «таблетки для слабых» (78% африканских студентов), религиозные запреты (62% ближневосточных) и семейное давление (67%). В сравнении с психотерапией эффективность фармакотерапии выглядела скромно: NNT для достижения ремиссии составил 9,0 для СИОЗС против 2,2 для КПТ. Это ставит под сомнение обоснованность стандартных фармакологических протоколов как терапии первой линии в мультикультурных студенческих популяциях.

КПТ показала наилучшие результаты: ремиссия у 46,3%, снижение BDI на 60,7%, приверженность 92,7%, сохранение ремиссии через шесть месяцев у 73,7%. Психообразовательный тренинг продемонстрировал умеренную эффективность (снижение BDI на 35,4%) при почти стопроцентной приверженности (95,9%); «образовательное» восприятие формата снижало стигматизацию и повышало принятие метода.

Гендерные паттерны воспроизводили глобальные закономерности там, где культурный контекст им не противодействовал. В африканской группе женщины показывали достоверно более высокий BDI ($17,80 \pm 12,95$ против $12,22 \pm 9,72$; $t=2,41$; $p=0,018$; $d=0,49$); в российской значимых различий не обнаружилось, невзирая на преобладание женщин (81,2%). В структуре психосексуальных проблем гендерная асимметрия была отчётливой: у мужчин доминировали религиозно обусловленные конфликты (28,9%), у женщин — опыт сексуализированного насилия (15,4%).

Совокупность полученных данных подтверждает биопсихосоциальную модель депрессии и одновременно обнажает её недостаточность без культурной модификации. Вклад психосексуальных факторов — исторически недооценённый в транскультурной психиатрии — оказался сопоставимым с другими предикторами депрессии, что обосновывает их включение в стандартные диагностические протоколы.

Практические следствия из полученных данных сводятся к дифференцированной стратегии. Для африканских и ближневосточных студентов немедикаментозные методы должны выступать терапией первой линии; для российских — оптимальна комбинация фармакотерапии с групповыми интервенциями. Культурная адаптация протоколов при этом не надстройка над стандартным лечением, а его сердцевина. Приоритетными направлениями остаются: для африканской группы — психосоматика и стресс-менеджмент; для ближневосточной — коррекция катастрофизации и формирование проблемно-ориентированного копинга; для российской — интегрированный подход к тревожно-депрессивным состояниям.

ВЫВОДЫ

1. Распространённость депрессивных расстройств обнаруживает статистически значимую этнокультуральную дифференциацию. Нозологический профиль в каждой группе складывался по-своему: у студентов из Африки более половины случаев приходилось на расстройства адаптации (F43.2 — 50,6%), у студентов с Ближнего Востока почти в половине наблюдений выявлялось смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2 — 47,4%), тогда как у российских студентов ведущей нозологической единицей служил депрессивный эпизод (F32 — 37,5%). Тяжёлая депрессия ($BDI \geq 30$) выявлена у 13,6% студентов из Африки, 9,0% студентов с Ближнего Востока и 7,8% студентов из России. Клинически значимая депрессия ($BDI \geq 16$) присутствует у 40,0% студентов из Африки, 29,9% студентов с Ближнего Востока и 27,0% студентов из России. Средний уровень депрессии максимален в группе студентов из Африки ($15,41 \pm 11,95$), промежуточный — в группе студентов с Ближнего Востока ($12,25 \pm 11,20$) и минимальный — в группе студентов из России ($11,78 \pm 11,28$; $F=2,34$; $p=0,098$). При этом межстрановая вариативность внутри групп существенна: в Сьерра-Леоне $BDI=18,0 \pm 13,4$, в Нигерии $13,8 \pm 10,2$.

2. Клинические проявления депрессии характеризуются выраженными этнокультуральными и гендерными особенностями:

В группе студентов из Африки обнаружены классические гендерные паттерны: женщины демонстрируют значительно более высокий уровень депрессии ($17,80 \pm 12,95$ против $12,22 \pm 9,72$ у мужчин; $t=2,41$; $p=0,018$; $d=0,49$), с преобладанием тяжёлых форм у 21,6% женщин против 4,5% мужчин. Психосоматическая специфика чётко дифференцирована: головные боли у 59,5% женщин из Африки против 25,0% мужчин ($p < 0,001$; $\phi=0,34$), боли в спине у 40,9% мужчин против 8,1% женщин ($p < 0,001$; $\phi=-0,38$). У студентов из России гендерные различия нивелированы, несмотря на преобладание женщин в выборке (81,2%).

3. Коморбидная патология имеет этноспецифическое распределение и значимо утяжеляет течение депрессии:

Нарушения сна максимально выражены у студентов из России: трудности засыпания у 54,7% (r с BDI=0,367; $p<0,001$), против 17,3% студентов из Африки и 26,9% студентов с Ближнего Востока. Болевой синдром доминирует в группе студентов из России (болевого индекс $1,65\pm 1,34$) и Африки ($1,45\pm 1,23$), с значимыми корреляциями с депрессией ($r=0,289$ и $r=0,234$ соответственно). Психогенное переживание при стрессе характерно для 43,8% студентов из России против 23,1% студентов с Ближнего Востока. Малярия в анамнезе у 51,9% студентов из Африки, COVID-19 у 56,8%, что ассоциировано с усилением депрессивной симптоматики.

4. Перенесённые инфекционные заболевания формируют специфический паттерн психопатологии в группе студентов из Африки:

Малярия перенесена 51,9% студентов, COVID-19 — 56,8%, корь — 30,9%. Множественная инфекционная нагрузка (≥ 3 заболеваний) присутствует у 23,5% студентов и ассоциирована с увеличением BDI в 1,8 раза ($21,47\pm 13,78$ против $15,41\pm 11,95$). Постинфекционный синдром характеризуется доминированием соматического компонента депрессии и хронизацией болевых синдромов.

5. Неблагоприятный детский опыт, психологический стресс и дезадаптивные копинг-стратегии формируют этноспецифические паттерны депрессивного расстройства:

НДО максимально выражен в группах студентов из Африки ($2,79\pm 1,99$) и с Ближнего Востока ($2,55\pm 2,57$) по сравнению с группой студентов из России ($1,70\pm 1,86$; $F=5,27$; $p=0,006$; $\eta^2=0,042$). Связь стресса с депрессией исключительно сильна у студентов из России ($r=0,766$) и из Африки ($r=0,714$) против умеренной у студентов с Ближнего Востока ($r=0,485$; различия значимы: $\chi^2=8,34$; $p=0,015$). Медиационный анализ показал, что у студентов из Африки 59,9% влияния НДО на депрессию полностью опосредовано стрессом, у студентов из России — 63,0% при сохранении прямого эффекта, у студентов с Ближнего Востока — 40,0%. Критически важно полное отсутствие стратегии «планирование решений» у студентов с Ближнего Востока (0%) при 9,9% у студентов из Африки и 14,1% у студентов из России.

6. Отношение к лечению демонстрирует радикальные межкультуральные различия:

Готовность к психиатрической помощи составляет 56,3% у студентов из России против 6,2% студентов из Африки и 20,5% студентов с Ближнего Востока ($\chi^2=54,89$; $p<0,001$). Полный отказ от профессиональной помощи наблюдается у 27,2% студентов из Африки (32,4% женщин, 18,2% мужчин), при этом только 6,2% готовы к регулярному приёму медикаментов. Вера в самостоятельное разрешение ситуации доминирует у 41,0% студентов с Ближнего Востока против 23,4% студентов из России и 25,9% студентов из Африки ($\chi^2=7,46$; $p=0,024$). Примечательно, что 9,4% студентов из России уже принимают психотропные препараты при среднем BDI=24,8±16,3.

7. Психосексуальные расстройства являются значимым фактором депрессии с выраженной этнокультуральной спецификой. Психосексуальные проблемы выявлены у 38,1% студентов (85 из 223). Психосексуальные нарушения увеличивали риск тяжёлой депрессии в 3,7 раза (OR=3,72; 95% ДИ: 2,14–6,47; $p<0,001$), объясняя 18,4% дисперсии депрессивной симптоматики. Среди мужчин с Ближнего Востока 41,9% указывали на дистресс, связанный с мастурбацией и порнозависимостью; среди женщин из Африки 30,6% сообщали о сексуализированном насилии в анамнезе. Показательно, что 68,2% психосексуальных проблем выявлялись не при первичной диагностике, а в ходе терапии — на 3–4-й сессии КПТ, что указывает на принципиальное значение долгосрочного терапевтического альянса для работы с данной категорией нарушений.

8. Эффективность терапевтических интервенций в значительной мере определялась этнокультуральным контекстом. Культурно-адаптированная краткосрочная КПТ показала наилучшие результаты по всем ключевым параметрам: снижение BDI на 60,7%, завершаемость курса 92,7%. Фармакотерапия СИОЗС уступала по обоим показателям — снижение BDI составило 37,9%, общая приверженность 42,2%; в африканской группе курс завершили лишь 13,3%, в ближневосточной — 38,9%. Психообразовательный тренинг занял промежуточное

положение: умеренное снижение симптоматики (BDI на 35,4%) при минимальном отсеке участников (95,9% завершили курс). Дропаут в группе СИОЗС составил 57,8% к восьмой неделе и 91,1% к шести месяцам; в группах КПТ и тренинга этот показатель не превышал 15% ($p < 0,001$). Среди барьеров к фармакотерапии стабильно фигурировали стигматизация, страх развития зависимости и семейное давление. Особого внимания требуют группы повышенного риска: 17,2% российских студентов демонстрировали высокую личностную тревожность ($ЛТ \geq 60$); 15,4% ближневосточных имели множественный травматический опыт ($НДО \geq 5$); у 45,7% африканских студентов фиксировался полисимптомный болевой синдром (≥ 2 симптомов), требующий специализированного соматически ориентированного вмешательства.

9. Комплексная оценка предикторов указывает на необходимость культурно-адаптированных протоколов. Для студентов из Африки приоритетными остаются немедикаментозные методы — КПТ и стресс-менеджмент — с акцентом на психосоматику и проработку последствий сексуализированного насилия. Для студентов с Ближнего Востока ключевыми направлениями служат коррекция катастрофизации, формирование проблемно-ориентированного копинга и работа с религиозно обусловленными внутренними конфликтами. Для студентов из России — интегрированный подход к тревожно-депрессивным состояниям с возможностью комбинированной фармако- и групповой терапии.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для организаторов здравоохранения и администрации вузов

В целях раннего выявления депрессивных расстройств целесообразно внедрить обязательный скрининг при поступлении и в ходе ежегодных медицинских осмотров иностранных студентов. В качестве основного инструмента рекомендуется использовать шкалу BDI на родном языке студентов, при этом следует учитывать этнокультуральные различия и устанавливать пороговые значения с поправкой на этнические нормы ($BDI \geq 16$ для студентов из стран Африки, ≥ 14 для студентов Ближнего Востока и ≥ 12 для российских).

Для повышения доступности помощи необходимо создавать специализированные службы психического здоровья в вузах с учётом этнокультуральных особенностей. В их структуре следует предусмотреть отдельные приёмные часы для иностранных студентов, обязательное привлечение культурных медиаторов и приоритетное использование психотерапевтических методов по сравнению с фармакотерапией. Оптимальным соотношением кадрового обеспечения можно считать одного КПТ-терапевта на каждые 300 иностранных студентов.

Система раннего выявления студентов группы риска должна включать обязательное психологическое сопровождение при $НДО \geq 5$, мониторинг соматических симптомов у студентов, перенёвших малярию или корь, а также усиленное наблюдение за учащимися младших (1–2) и старших (5–6) курсов. Особого внимания требуют студенты-мужчины африканского происхождения, у которых депрессия нередко маскируется соматическими жалобами.

Разработка дифференцированных протоколов помощи позволит учитывать этнокультуральные различия: для студентов из стран Африки акцент должен делаться на работу с соматизацией и болевыми синдромами, для студентов Ближнего Востока — на тревожные расстройства и нарушения пищевого поведения, а также на гендерные особенности при планировании интервенций.

Для практикующих психиатров и психотерапевтов

При диагностике психических расстройств необходимо использовать культурно-чувствительный подход. Так, у студентов из стран Африки важно активно уточнять психологические симптомы за соматическими жалобами (например, 42% студентов с болями в спине имели депрессию), у студентов Ближнего Востока — дифференцировать реальные побочные эффекты от их катастрофизации, а также обязательно учитывать инфекционный анамнез (малярия, корь, COVID-19). Психосексуальные проблемы рекомендуется обсуждать после установления доверительных отношений, обычно начиная с 3–4-й сессии.

Назначение фармакотерапии должно сопровождаться учётом высокого риска отказа. Практикующим специалистам рекомендуется начинать лечение с минимальных доз с медленной титрацией, проводить расширенное психообразование о механизмах действия препаратов, привлекать культурных медиаторов для разъяснения и учитывать режим дня студентов (например, ночные занятия у студентов из стран Африки). В случаях отказа от СИОЗС необходимо предлагать альтернативные методы — прежде всего КПТ

Протоколы КПТ должны быть адаптированы с учётом этнокультуральных особенностей: для студентов из стран Африки рекомендуется выделять 2–3 сессии на установление доверия и использовать соматические метафоры, для студентов Ближнего Востока — сразу обозначать чёткие границы и работать с зависимостью от терапевта, включая религиозные ресурсы. При НДО \geq 4 в терапию должны включаться модули, направленные на переработку детского травматического опыта. Важной задачей является обучение студентов адаптивным копинг-стратегиям как замене дезадаптивных форм избегания.

Работа с коморбидными состояниями должна быть обязательным компонентом терапии: при хронических болях следует применять техники управления болью, при нарушениях сна — протокол КПТ-инсомнии, при психогенном переедании — элементы диалектической поведенческой терапии (ДБТ), а при психосексуальных расстройствах — специализированные протоколы с учётом культурных табу.

Для психологов образовательных учреждений

В рамках профилактической работы рекомендуется внедрение разработанного трёхдневного психообразовательного тренинга. Он должен быть обязательным для всех иностранных студентов первого курса в первый месяц обучения, а также повторным для студентов с умеренными проявлениями депрессии (BDI 10–19 баллов). Оптимальный формат — группы по 10–12 человек, сформированные с учётом этнической принадлежности, с предоставлением материалов на родном языке и культурной адаптацией примеров.

Дополнительно следует создавать дифференцированные группы поддержки. Для студентов из стран Африки приоритетом является нормализация обращения за помощью, для студентов Ближнего Востока — работа с религиозными конфликтами и семейным давлением. Для студентов с психосексуальными проблемами целесообразно создание закрытых специализированных групп.

Профилактические мероприятия должны учитывать факторы риска. В частности, необходимо проводить скрининг НДО при поступлении, мониторинг студентов с перенесёнными инфекциями и систематическое обучение адаптивным копинг-стратегиям в рамках учебного процесса.

Для преподавателей и кураторов

Преподаватели и кураторы должны быть знакомы с этнокультуральными маркерами депрессии. У студентов из стран Африки она нередко проявляется через жалобы на боли, усталость и частые обращения к медсестре, у студентов Ближнего Востока — через эмоциональную лабильность и множественные соматические жалобы. Важно обращать внимание на изменение пищевого поведения, особенно у студентов этой группы.

Создание культурно-безопасной образовательной среды предполагает отказ от стигматизирующих высказываний о психическом здоровье, учёт религиозных особенностей при планировании учебной нагрузки и гибкость при соматических жалобах. Ранняя маршрутизация студентов к специалистам возможна при снижении успеваемости более чем на 30% или при пропусках свыше 20% занятий.

При этом информирование о доступных ресурсах должно проходить без стигматизации.

Для исследователей

Будущие исследования должны быть сосредоточены на изучении нейробиологических механизмов связи тропических инфекций и депрессии, валидации культурно-специфических диагностических инструментов, долгосрочных эффектов КПТ (сроком более года) в мультикультурных выборках, а также на поиске эпигенетических маркеров уязвимости к депрессии при высоком уровне НДО.

С методологической точки зрения обязательным является учёт этнической принадлежности при стратификации, контроль инфекционного анамнеза как потенциального конфаундера, комплексная оценка коморбидных состояний и включение качественных методов (например, глубинных интервью) для более глубокого понимания культурных барьеров.

Для студентов

Студентам необходимо знать ранние признаки депрессии в своей культуре. У студентов из стран Африки это чаще выражается в усилении соматических симптомов (боли, нарушения сна, снижение энергии), у студентов Ближнего Востока — в усилении тревоги, изменениях аппетита и навязчивых мыслях. При сохранении симптомов более двух недель требуется обязательное обращение за помощью.

В качестве методов самопомощи можно использовать техники из психообразовательного тренинга (СТОП, ТРУД, ПЕРЕЖИТЬ), ведение дневника эмоций и автоматических мыслей, планирование приятных активностей при апатии и поддержание социальных связей внутри этнической общины.

Важно преодолевать барьеры к получению помощи. Следует помнить, что депрессия — это медицинское состояние, а не слабость или наказание. КПТ и психообразовательные тренинги эффективны и не сопровождаются побочными эффектами медикаментов. Конфиденциальность гарантируется, а своевременное лечение предотвращает академическую неуспеваемость и социальные последствия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Fruehwirth, J. C., Biswas, S., & Perreira, K. M. (2021). The Covid-19 pandemic and mental health of first-year college students: Examining the effect of Covid-19 stressors using longitudinal data. *PLOS ONE*, 16(3), e0247999. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247999>
2. Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
3. Liu, Y., Ho, R. C., & Mak, A. (2022). Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF- α) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 139(3), 230--239. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.003>
4. Corrigan, F. M., Palmer, C., Greaney, J. A., Bhatt, S., & Bhatt, P. (2023). Neuroinflammation and depression: A review of cellular and molecular mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity*, 112, 193--210. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.06.003>
5. Nandish, S., Bhatt, S., & Bhatt, P. (2024). Infection-induced neuroinflammation and its role in the pathogenesis of depression: molecular mechanisms and therapeutic perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1345852. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1345852>
6. Wang, S., Quan, L., Chavarro, J. E., Slopen, N., Kubzansky, L. D., Koenen, K. C., Kang, J. H., Weisskopf, M. G., Branch-Elliman, W., & Roberts, A. L. (2022). Associations of Depression, Anxiety, Worry, Perceived Stress, and Loneliness Prior to Infection With Risk of Post--COVID-19 Conditions. *JAMA Psychiatry*, 79(11), 1081--1091. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.2640>
7. Guzmán Priego, C. G., Granados Villalpando, J. M., Baeza Flores, G. del C., Ble Castillo, J. L., Celorio Méndez, K. del S., Juárez Rojop, I. E., Martínez López, M. C., et al. (2026). Cognitive and Neuropsychiatric Sequelae After SARS-CoV-2

- Infection: A Narrative Review and Exploratory Cross-Sectional Study of Neurofilament Light Chain and GFAP. *Brain Sciences*, 16(3), 276.
8. Руженкова, В. В., Хамская, И. С., & Гомелак, Ю. Н. (2020). Депрессия у студентов медицинских вузов: распространённость, клиническая структура и факторы риска. *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация*, 43(1), 74--83. <https://doi.org/10.18413/2687-0940-2020-43-1-74-83>
 9. Положий, Б. С. (2015). Дифференцированная профилактика суицидального поведения. *Суицидология*, 6(1), 3--12.
 10. Rotenstein, L. S., Ramos, M. A., Torre, M., Segal, J. B., Peluso, M. J., Guille, C., Sen, S., & Mata, D. A. (2016). Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316(21), 2214--2236. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.17324>
 11. Puthran, R., Zhang, M. W. B., Tam, W. W., & Ho, R. C. (2016). Prevalence of depression amongst medical students: a meta-analysis. *Medical Education*, 50(4), 456--468. <https://doi.org/10.1111/medu.12962>
 12. Boussaoui, N., Kelly, S., & Cogan, N. (2024). Exploring the mental health experiences of Algerian international students in UK universities: cultural influences, disclosure, and help-seeking behaviours. *Manuscript submitted for publication*.
 13. Asher BlackDeer, A., Patterson Silver Wolf, D. A., Maguin, E., & Beeler-Stinn, S. (2023). Depression and anxiety among college students: Understanding the impact on grade average and differences in gender and ethnicity. *Journal of American College Health*, 71(4), 1091--1102. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1928051>
 14. Yilmaz, E. (2021). The determination of the efficacy of neural therapy in conservative treatment-resistant patients with chronic low back pain. *Agri*, 33(4), E752--E759. <https://doi.org/10.14744/agri.2021.80896>
 15. Ramírez-Vélez, R., Calderón-González, J. C., Palma-Pulido, L. H., Mejía-Vásquez, A. F., Arias-Álzate, C., Urriago-Fontal, J. C., Gutiérrez-Quintero, G. A.,

- et al. (2025). Associations of Sleep Quality and Physical Activity with Anxiety and Depressive Symptoms Among University Students: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 14, 1799311. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1799311>
16. Stecker, T., McHugo, G., Xie, H., Whyman, K., & Jones, M. (2014). RCT of a brief phone-based CBT intervention to improve PTSD treatment utilization by returning service members. *Psychiatric Services*, 65(10), 1232--1237. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300433>
17. World Health Organization. (2023). *Mental health of adolescents*. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
18. Li, W., Zhao, Z., Chen, D., Peng, Y., & Lu, Z. (2022). Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 63(11), 1351-1367. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13606>
19. Paiva, C., et al. (2025). [Umbrella review data - exact citation needed from original source]
20. Wang, C., Wen, W., Zhang, H., Ni, J., Jiang, J., & Cheng, Y. (2021). Anxiety, depression, and stress prevalence among college students during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of American College Health*, 70(7), 2123-2130. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1960849>
21. Chang, J.-J., Ji, Y., Li, Y.-H., Pan, H.-F., & Su, P.-Y. (2021). Prevalence of anxiety symptom and depressive symptom among college students during COVID-19 pandemic: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 292, 242-254. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.109>
22. Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., et al. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

23. Yimer, A., et al. (2024). [Systematic review and meta-analysis of medical students during COVID-19 - exact citation needed]
24. Jahrami, H., AlKaabi, J., Trabelsi, K., et al. (2023). The worldwide prevalence of self-reported psychological and behavioral symptoms in medical students: An umbrella review and meta-analysis of meta-analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 173, 111479. [\[https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111479\]](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111479)
25. Pitua, I., Namiro, A. M., Raizudheen, R., & Apili, L. (2024). Prevalence of Depression Among Medical Students in Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *F1000Research*, 13, 523. [\[https://doi.org/10.12688/f1000research.149103.1\]](https://doi.org/10.12688/f1000research.149103.1)
26. Shafiee, A., Teymouri Athar, M. M., Seighali, N., et al. (2024). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances among medical students and resident physicians in Iran: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(8), e0307117. [\[https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307117\]](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307117)
27. Erschens, R., Keifenheim, K. E., Herrmann-Werner, A., et al. (2019). Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis. *Medical Teacher*, 41(2), 172-183. [\[https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1457213\]](https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1457213)
28. Alabdulqader E.A., Almuhausen G.H., Al-Sharif G.A., Alsaad S.M., Alhazmi A.H. Prevalence of depression among medical students across the Arab region: a scoping review. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):123. doi: 10.1186/s12909-025-07793-5. PMID: 41039330.
29. Hallit S., Hajj A., Sacre H., Akel M., Salameh P., Obeid S. Depression among medical students in Tunisia: Prevalence and associated factors. *World J Psychiatry*. 2023;13(10):772-779. doi: 10.5498/wjp.v13.i10.772. PMID: 38058690.
30. Puranitee P., Kaewpila W., Heeneman S., van Mook W.N.K.A., Busari J.O. Depressive disorders in Thai medical students: an exploratory study of institutional, cultural, and individual factors. *Int J Med Educ*. 2021;12:30-38. doi: 10.5116/ijme.6026.c8d1. PMID: 34883799.

31. Weissenstein A., Luchter E., Bittner M.A., Möltner A., Schelling J., Niggli F., Cianciolo A.T. Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students - A network analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;143:196-201. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.09.017. PMID: 34500349.
32. Ruzhenkova V.V., Khamskaya I.S., Gomelak Yu.N. Depression in medical students: prevalence, dynamics and comorbidity. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2022;122(6-2):7-11. (In Russ.) doi: 10.17116/jnevro20221220627.
33. Satinsky, E. N., Kimura, T., Kiang, M. V., et al. (2021). Systematic review and meta-analysis of depression, anxiety, and suicidal ideation among Ph.D. students. *Scientific Reports*, 11, 14370. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-93687-7>
34. Ramachandran, S., Shayanfar, M., & Brondani, M. (2022). Stressors and mental health impacts of COVID-19 in dental students: A scoping review. *Journal of Dental Education*, 87(1), 70-83. <https://doi.org/10.1002/jdd.13122>
35. Moradi, S., Fateh, M. S., Movahed, E., et al. (2024). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disorder among dental students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Dental Education*, 88(7), 900-909. <https://doi.org/10.1002/jdd.13506>
36. Quesada-Puga, C., Cañadas, G. R., Gómez-Urquiza, J. L., et al. (2024). Depression in nursing students during the COVID-19 pandemic: Systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 19(7), e0304900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304900>
37. Pattanaseri K., Atsariyasing W., Pornnoppadol C., Sanguanpanich N., Srifuengfung M. Mental problems and risk factors for depression among medical students during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2022;101(38):e30629. doi: 10.1097/MD.00000000000030629. PMID: 36197215. PMCID: PMC9508947.
38. Yang Y., Guo Z., Zhu Y., Liu M., Guo W. The interplay of personality traits, anxiety, and depression in Chinese college students: a network analysis. *Front*

- Public Health. 2023;11:1204285. doi: 10.3389/fpubh.2023.1204285. PMID: 37601217. PMCID: PMC10434527.
39. Naser A.Y., Alwafi H., Alsairafi Z., Awwad O., Dahmash E.Z., Jalal Z., Paudyal V. Psychological distress, social media use, and academic performance of medical students: the mediating role of coping style. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):1012. doi: 10.1186/s12909-024-05988-w. PMID: 39272179. PMCID: PMC11401414.
40. Руженкова В.В. Клиническая структура психических расстройств и особенности реагирования на учебный стресс лиц юношеского возраста с суицидальным поведением в анамнезе // *Суицидология.* 2019. Т. 10, № 3 (36). С. 74-86. doi: 10.32878/suiciderus.19-10-03(36)-74-86
41. Crispim, M. O., Santos, C. M. R., Perrelli, J. G. A., et al. (2021). Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3475. [<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4820.3475>]{.underline}
42. Richardson, R., Connell, T., Foster, M., et al. (2024). Risk and protective factors of self-harm and suicidality in adolescents: An umbrella review with meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 53, 1301-1322. [<https://doi.org/10.1007/s10964-024-01969-w>]{.underline}
43. Amiri, S., & Khan, M. A. (2023). Prevalence of non-suicidal self-injury, suicidal ideation, suicide attempts, suicide mortality in eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Eating Disorders*, 31(5), 487-525. [<https://doi.org/10.1080/10640266.2023.2196492>]{.underline}
44. Guo, Z., Han, X., Kong, T., et al. (2024). The mediation effects of nightmares and depression between insomnia and suicidal ideation in young adults. *Scientific Reports*, 14, 9577. [<https://doi.org/10.1038/s41598-024-58774-5>]{.underline}
45. Cai H., Xie X.M., Zhang Q., et al. Risk factors for suicidal ideation and suicide attempt among medical students: A meta-analysis // *PLoS ONE.* 2021. Vol. 16, № 12. e0261785. doi: 10.1371/journal.pone.0261785. PMID: 34936691; PMCID: PMC8694469

46. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A. [Depression in medical students: prevalence, dynamics and comorbidity] // Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova. 2022. Vol. 122, № 6. P. 27-33. doi: 10.17116/jnevro20221220627. PMID: 35797189 (In Russian)
47. Hallit S., Sacre H., Akel M., et al. Depression among medical students in Tunisia: Prevalence and associated factors // World J Psychiatry. 2023. Vol. 13, № 10. P. 772-782. doi: 10.5498/wjp.v13.i10.772. PMID: 38058690; PMCID: PMC10696287
48. Social Anxiety and Its Comorbidity With Depression in Medical Students: A Network Analysis // Stress and Health. 2025. doi: 10.1002/smi.70045. PMID: 40298284
49. Maladaptive personality traits (DSM-5 AMPD, Criterion B) and depression among medical students in Egypt: a multicentric cross-sectional study // BMC Psychology. 2025. Vol. 13. doi: 10.1186/s40359-025-02784-z. PMID: 40336124; PMCID: PMC12060542
50. Ruzhenkova V.V., Ruzhenkov V.A., Rzhetskaya N.K., Boeva A.V., Gomelyak J.N. Sociophobia in Medical Students (Prevalence and Comorbidity) // International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE). 2020. Vol. 12, № 1. P. 574-581
51. Zhai, Y., Yin, S., Chen, N. T., Bair, M. J., & Lipson, S. K. (2022). Trends and prevalence of suicide 2017--2021 and its intrapersonal correlates among U.S. college students. *Journal of Affective Disorders*, 306, 138-147. [\[https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038\]](https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.038) {.underline}
52. Bommersbach, T. J., O'Malley, A. J., Kronish, I. M., et al. (2022). National Trends of Mental Health Care Among US Adults Who Attempted Suicide in the Past 12 Months, 2008-2019. *JAMA Psychiatry*, 79(3), 219-231. [\[https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3958\]](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3958) {.underline}
53. Moir, F. Depression in medical students: current insights / F. Moir, J. Yelder, J. Sanson, Y. Chen // *Advances in Medical Education and Practice*. --- 2018. --- Vol. 9. --- P. 323-333. --- DOI: 10.2147/AMEP.S137384.

54. Marino, C., Andrade, B., Campisi, S. C., et al. (2021). Association Between Disturbed Sleep and Depression in Children and Youths: A Systematic Review and Meta-analysis of Cohort Studies. *JAMA Network Open*, 4(3), e212373. [\[https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2373\]](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2373)}.underline}
55. Zhang, D., Qu, Y., Zhai, S., et al. (2023). Association between healthy sleep patterns and depressive trajectories among college students: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 182. [\[https://doi.org/10.1186/s12888-023-04596-0\]](https://doi.org/10.1186/s12888-023-04596-0)}.underline}
56. Mbous, Y. P. V., Nili, M., Mohamed, R., & Dwibedi, N. (2022). Psychosocial Correlates of Insomnia Among College Students. *Preventing Chronic Disease*, 19, E60. [\[https://doi.org/10.5888/pcd19.220060\]](https://doi.org/10.5888/pcd19.220060)}.underline}
57. Asarnow L.D., Manber R., Buysse D.J., Simon R.D., Clarke G. Moderators of Cognitive Behavioral Treatment for Insomnia on Depression and Anxiety Outcomes // *Current Psychiatry Reports*. 2022. Vol. 24. P. 121-130. DOI: 10.1007/s11920-022-01326-3
58. Alaimo T.J., Mazzola J., Amorosi C., Spiech R. Gender Disparities in Symptoms of Depression After Medical School Exams and Student Coping Strategies for Postexam Depression Symptoms // *Journal of Medical Education and Curricular Development*. 2022. Vol. 9. DOI: 10.1177/23821205211055391
59. Gan Q.W., Yu R., Lian Z.R. [et al.] Relationship between nightmare distress and depressive symptoms in Chinese emergency department nurses: A cross-sectional study // *World Journal of Psychiatry*. 2024. Vol. 14, № 1. P. 57-67. DOI: 10.5498/wjp.v14.i1.57
60. Dağlı A.K., Sezer U.B. Investigating ADHD Symptoms and Sleep Disturbances in Young Adults: A Cross-Sectional Study // *Nature and Science of Sleep*. 2025. Vol. 17. P. 1-15. DOI: 10.2147/NSS.S503234
61. Valladares-Garrido M.J., Mollo-Abad N., Zapata-Vásquez J.P. [et al.] Sleep quality and associated factors in Latin American medical students: a cross-sectional and multicenter study // *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. Art. 155. DOI: 10.1186/s12888-025-06599-z

62. Pezeshki, P. Consequences of sleep disorders and its impact on study (the case of medical students of Astrakhan State Medical University) / P. Pezeshki, S. V. Dorfman // *Современные здоровьесберегающие технологии*. --- 2024. --- № 1. --- С. 144--158.
63. Николаева, О. В. Качество и нарушения сна у студентов медицинского вуза / О. В. Николаева, Т. Е. Николаева, Х. Авале, К. Эль Б. // *International Journal of Medicine and Psychology*. --- 2025. --- Т. 8, № 1. --- С. 25--28.
64. Motorga, R., Ionescu, M., Nechita, F., et al. (2024). Eating disorders in medical students: prevalence, risk factors, comparison with the general population. *Frontiers in Psychology*, 15, 1515084. [\[https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1515084\]](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1515084)}.underline}
65. Tan, E. J., Raut, T., Le, L. K.-D., et al. (2023). The association between eating disorders and mental health: an umbrella review. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 51. [\[https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4\]](https://doi.org/10.1186/s40337-022-00725-4)}.underline}
66. Yang, W., Xiao, D., Shi, Y., Dong, T., & Xiong, P. (2023). Network analysis of eating disorder and depression symptoms among university students in the later stage of COVID-19 pandemic in China. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1176076. [\[https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1176076\]](https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1176076)}.underline}
67. Ali, K.W. The Impact of Negative Emotions on Binge Eating and BMI Among Medical Students / K.W. Ali, M.M. Alkrad, S.A. Sankari [et al.] // *Cureus*. --- 2023. --- Vol. 15, № 8. --- P. e44499. --- DOI: 10.7759/cureus.44499.
68. Badrasawi, M.M. Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a cross-sectional study / M.M. Badrasawi, S.J. Zidan // *Journal of Eating Disorders*. --- 2019. --- Vol. 7. --- P. 33. --- DOI: 10.1186/s40337-019-0263-1.
69. Нургалина, Д.И. Исследование расстройств пищевого поведения у студентов медицинского вуза / Д.И. Нургалина, А.В. Смолькина, Д.А. Толмачёв // [название сборника/журнала]. --- 2022. --- [том, номер, страницы].

- 70.Шутова, С.В. Нарушения пищевого поведения у студентов-медиков / С.В. Шутова, А.Ю. Золотухина, И.В. Берёзин // Биология и интегративная медицина. --- 2024. --- № 3 (68). --- С. 165--173.
- 71.Eck, K.M. Disordered eating concerns, behaviors, and severity in young adults clustered by anxiety and depression / K.M. Eck, C. Byrd-Bredbenner // Brain and Behavior. --- 2021. --- Vol. 11, № 12. --- P. e2367. --- DOI: 10.1002/brb3.2367.
- 72.Clarke, K.L. Multivariate Relationships of Binge Watching-Drinking-Eating With Depression, Anxiety, and Stress in College Students: PhD Dissertation / K.L. Clarke. --- Walden University, 2019. --- 176 p.
- 73.Benjet, C. Mental disorders and sexual orientation in college students across 13 countries of differing levels of LGBTQ+ acceptance / C. Benjet, R. Bruffaerts, P. Mortier [et al.] // Journal of Psychiatric Research. --- 2025. --- DOI: 10.1016/j.jpsychires.2025.04.021.
- 74.Benjet, C. Prevalence of 12-month mental and substance use disorders in sexual minority college students in Mexico / C. Benjet, M.E. Medina-Mora, Y. Orozco [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. --- 2020. --- DOI: 10.1007/s00127-020-01943-4.
- 75.Arsiraphongphisit, O. Prevalence of Depression and Generalized Anxiety Among LGBTQ+ Medical Students in Thailand / O. Arsiraphongphisit, K. Srisurapanont, M. Srisurapanont // Journal of Homosexuality. --- 2024. --- DOI: 10.1080/00918369.2024.2389905.
- 76.Perez-Pedrogo, C. Non-Heterosexual Medical Students Are Critically Vulnerable to Mental Health Risks: The Need to Account for Sexual Diversity in Wellness Initiatives / C. Perez-Pedrogo, N. Sanchez-Cardona, M. Baquero [et al.] // Teaching and Learning in Medicine. --- 2020. --- DOI: 10.1080/10401334.2020.1805324.
- 77.Zhang, L. Sexual orientation and sleep problem among Chinese college students: Mediating roles of interpersonal problems and depressive symptoms / L. Zhang, Y. Li, X. Wang [et al.] // Journal of Affective Disorders. --- 2021. --- DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.075.

78. Serbic, D., Friedrich, C., & Murray, R. (2021). Psychological, social and academic functioning in university students with chronic pain: A systematic review. *Journal of American College Health*, 69(8), 2894-2908. [\[https://doi.org/10.1080/07448481.2021.2006199\]](https://doi.org/10.1080/07448481.2021.2006199)
79. Sperling, J., et al. (2023). [Scoping review of somatic symptoms in medical students - exact citation needed]
80. Ansari, A. H., Ramamurthy, A., Kabat, M., Jain, S., & Kumar, S. (2021). Fibromyalgia Pain and Depression: An Update on the Role of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation. *ACS Chemical Neuroscience*, 12(2), 256-270. [\[https://doi.org/10.1021/acscemneuro.0c00785\]](https://doi.org/10.1021/acscemneuro.0c00785)
81. Lynch Milder, M. K., Ward, S., Bazier, A., et al. (2023). The health care transition needs of adolescents and emerging adults with chronic pain: A narrative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 31(1), 26-36. [\[https://doi.org/10.1007/s10880-023-09966-0\]](https://doi.org/10.1007/s10880-023-09966-0)
82. Zheng, C. J., Van Drunen, S., & Egorova-Brumley, N. (2022). Neural correlates of co-occurring pain and depression: an activation-likelihood estimation (ALE) meta-analysis and systematic review. *Translational Psychiatry*, 12, 196. [\[https://doi.org/10.1038/s41398-022-01949-3\]](https://doi.org/10.1038/s41398-022-01949-3)
83. Poleon, S. Prevalence, characteristics and measurement of somatic symptoms related to mental health in medical students: a scoping review / S. Poleon, K.T. Kivlehan // *Annals of Medicine*. --- 2023. --- Vol. 55, № 1. --- P. 2242781. --- DOI: 10.1080/07853890.2023.2242781.
84. Feussner, S. Somatization symptoms --- prevalence and risk, stress and resilience factors among medical and dental students at a mid-sized German university / S. Feussner, M. Gadebusch Bondio, A. Gietl [et al.] // *PeerJ*. --- 2022. --- Vol. 10. --- P. e13803. --- DOI: 10.7717/peerj.13803.
85. Al-Hadidi, F. Musculoskeletal pain among medical students at two Jordanian universities / F. Al-Hadidi, S. Bsisu, S. AlRyalat [et al.] // *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. --- 2022. --- DOI: 10.3233/BMR-220065.

86. Izumi, M. Chronic Lumbar Pain and Insomnia in College-Aged Students / M. Izumi, S. Hayashi, K. Nakamura [et al.] // *Healthcare*. --- 2022. --- Vol. 10, № 4. -- P. 701. --- DOI: 10.3390/healthcare10040701.
87. Ibrahim, N.K. Migraine, tension-type headache, and depression among Saudi female students in Taif University / N.K. Ibrahim, M.M. Alotaibi, A.K. Alhazmi [et al.] // *Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. --- 2019. -- Vol. 55, № 1. --- P. 8. --- DOI: 10.1186/s42506-019-0008-7.
88. Satria, F. Correlation between depression level and headache severity: A study among medical students during the COVID-19 pandemic / F. Satria, D. Wulandari, N. Kusuma // *Narra J*. --- 2021. --- Vol. 1, № 3. --- P. e64. --- DOI: 10.52225/narra.v1i3.64.
89. Öksüz, S. The relationship between screen exposure and neck disability, headache, stress, depression, and anxiety in university students / S. Öksüz, C. Uysal // *Agri*. -- 2023. --- Vol. 35, № 4. --- P. 196--203. --- DOI: 10.14744/agri.2023.48657.
90. Agar, C.P. Stress Among College Students is Linked to Headache, PCOS, Hypertension, and Depression: A Cross-Sectional Study / C.P. Agar, S. Amrit, S. Srishty [et al.] // *Psychology and Behavioral Science International Journal*. --- 2022. --- Vol. 20, № 2. --- P. 556031. --- DOI: 10.19080/PBSIJ.2022.20.556031.
91. Turgut, E. The relationship between exam anxiety, depression, and back pain in physicians preparing for the specialty exam / E. Turgut, T. Tunç // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*. --- 2022. --- Vol. 26, № 16. -- P. 5805--5810. --- DOI: 10.26355/eurrev_202208_29514.
92. Moustafa, A.E. Maladaptive personality traits (DSM-5 AMPD, Criterion B) and depression among medical students in Egypt: a multicentric cross-sectional study / A.E. Moustafa, M.A. El-Sayed, A.M. Hassan [et al.] // *BMC Psychology*. --- 2025. --- Vol. 13. --- P. 419. --- DOI: 10.1186/s40359-025-02784-z.
93. Shaygan, M. The predicting factors of chronic pain among nursing students: a national study in Iran / M. Shaygan, B. Tehranineshat, S.H. Teshnizi [et al.] // *BMC Psychology*. --- 2024. --- Vol. 12. --- P. 297. --- DOI: 10.1186/s40359-024-01803-9.

94. Xiong, W., Radünz, M., Ali, K., et al. (2024). Comparing the mental health and wellbeing of domestic and international tertiary students: A systematic review and meta-analysis. *Journal of International Students*, 14(4), 702-740. [\[https://doi.org/10.32674/jis.v14i4.6647\]](https://doi.org/10.32674/jis.v14i4.6647) [\[.underline\]](https://doi.org/10.32674/jis.v14i4.6647)
95. Maharaj, R., Ndwiga, D., & Chutiyami, M. (2024). Mental health and wellbeing of international students in Australia: A systematic review. *International Journal of Mental Health*, 33(4), 431-449. [\[https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390393\]](https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390393) [\[.underline\]](https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2390393)
96. Lu, Q. Comparing the effects of emotional disclosure and peer helping writing on psychological distress among Chinese international students: The moderating role of rumination / Q. Lu, A.Y. Wong, L. Xu // *Journal of Clinical Psychology*. --- 2021. --- Vol. 77, № 9. --- P. 2024--2041. --- DOI: 10.1002/jclp.23135.
97. Soufi Amlashi, R., Majzoobi, M., & Forstmeier, S. (2024). The relationship between acculturative stress and psychological outcomes in international students: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1403807. [\[https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1403807\]](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1403807) [\[.underline\]](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1403807)
98. Zhang, Y. (2012). An examination of acculturative stress, perceived social support and depression among Chinese international students [Master's thesis, Syracuse University].
99. Park, N., & Noh, H. (2018). Effects of mobile instant messenger use on acculturative stress among international students in South Korea. *Computers in Human Behavior*, 82, 34-43. [\[https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.12.033\]](https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.12.033) [\[.underline\]](https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.12.033)
100. Jarrar, Y. (2025). The impact of acculturative stress on Nigerian students in university: Mediating role of loneliness & moderating role of perceived social support. *PLOS ONE*. [В печати]
101. Розанов, В.А. Психосоциальный стресс, испытываемый современными студентами вузов и его последствия: фактор мегаполиса / В.А. Розанов, Д.А. Лаская, Д.С. Радионов, В.В. Руженкова // *Экология человека*. --- 2023. --- Т. 30, № 11. --- С. 805--820. --- DOI: 10.17816/humeco622862.

102. Vatansever, M. Stress factors and depression levels of international medical students in Bulgaria and Turkish medical students / M. Vatansever, E. Georgieva, A. Velkova // *Education in Medicine Journal*. --- 2021. --- Vol. 13, № 3. --- P. 55-64. --- DOI: 10.21315/eimj2021.13.3.6.
103. Mwita, C. Symptoms and predictors of depression among university students in the Kilimanjaro region of Tanzania: a cross-sectional study / C. Mwita, M. Tarimo, R. Pallangyo [et al.] // *Journal of Mental Health*. --- 2020. --- DOI: 10.1080/09638237.2020.1793129.
104. Böge, K. Migration-related emotional distress among Vietnamese psychiatric patients in Germany: An interdisciplinary, mixed methods study / K. Böge, C. Karnouk, E. Hahn [et al.] // *Transcultural Psychiatry*. --- 2020. --- Vol. 57, № 6. --- P. 763--780. --- DOI: 10.1177/1363461520920329.
105. Chew-Graham, C. Emotional distress, anxiety, and depression in South Asians with long-term conditions: a qualitative systematic review / C. Chew-Graham, N. Parveen, A. Salway [et al.] // *British Journal of General Practice*. --- 2022. --- Vol. 72, № 716. --- P. e179--e190. --- DOI: 10.3399/bjgp.2021.0345.
106. Liao, K. Y.-H., Wei, M., Tsai, P.-C., et al. (2023). Language discrimination, interpersonal shame, and depressive symptoms among international students with Chinese heritage: collective self-esteem as a buffer. *Counselling Psychology Quarterly*, 37(2), 185-205.
[\[https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2164845\]](https://doi.org/10.1080/09515070.2023.2164845)}.underline}
107. Clough, B. A., Nazareth, S. M., Day, J. J., & Casey, L. M. (2019). A comparison of mental health literacy, attitudes, and help-seeking intentions among domestic and international tertiary students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 47(1), 123-135.
[\[https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1459473\]](https://doi.org/10.1080/03069885.2018.1459473)}.underline}
108. Maeshima, L. S., & Parent, M. C. (2022). Mental health stigma and professional help-seeking behaviors among Asian American and Asian international students. *Journal of American College Health*, 70(6), 1761-1767.
[\[https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1819820\]](https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1819820)}.underline}

109. Dombou, C., Omonaiye, O., Fraser, S., et al. (2023). Barriers and facilitators associated with the use of mental health services among immigrant students in high-income countries: A systematic scoping review. *PLOS ONE*, 18(6), e0287162. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0287162>]{.underline}
110. Akiba, D., Perrone, M., & Almendral, C. (2024). Study Abroad Angst: A Literature Review on the Mental Health of International Students During COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(12), 1562. [<https://doi.org/10.3390/ijerph21121562>]{.underline}
111. Girmay, M., & Singh, G. K. (2019). Social Isolation, Loneliness, and Mental and Emotional Well-being among International Students in the United States. *International Journal of Translational Medical Research & Public Health*, 3(2), 75-82. [<https://doi.org/10.21106/ijtmrph.82>]{.underline}
112. Zhang, J., & Goodson, P. (2011). Predictors of international students' psychosocial adjustment to life in the United States: A systematic review. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(2), 139-162. [<https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2010.11.001>]{.underline}
113. January, J., Madhombiro, M., Chipamaunga, S., et al. (2018). Prevalence of depression and anxiety among undergraduate university students in low- and middle-income countries: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 7, 57. [<https://doi.org/10.1186/s13643-018-0723-8>]{.underline}
114. Wong, S. S., Wong, C. C., Ng, K. W., Bostanudin, M. F., & Tan, S. F. (2023). Depression, anxiety, and stress among university students in Selangor, Malaysia during COVID-19 pandemics and their associated factors. *PLOS ONE*, 18(1), e0280680. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280680>]{.underline}
115. Siddik, M. A. B., Hasan, M. N., Mahmud, A., et al. (2023). Prevalence of depression and its associated factors among undergraduate admission candidates in Bangladesh: A nation-wide cross-sectional study. *PLOS ONE*, 18(11), e0295143. [<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295143>]{.underline}

116. Pacheco, J. P., Silveira, I. H., Ferreira, M. N., et al. (2019). [Meta-regression analysis on gender inequality and depressive symptoms among medical students globally - exact citation needed]
117. Dong, Z., Chiu, M. M., Zhou, S., & Zhang, Z. (2023). Problem Solving and Emotion Coping Styles for Social Anxiety: A Meta-analysis of Chinese Mainland Students. *Child Psychiatry & Human Development*, 56, 328-345. [\[https://doi.org/10.1007/s10578-023-01561-6\]](https://doi.org/10.1007/s10578-023-01561-6){}{.underline}
118. Forycka, J., Pawłowicz-Szlarska, E., Burczyńska, A., et al. (2022). Polish medical students facing the pandemic --- Assessment of resilience, well-being and burnout in the COVID-19 era. *PLOS ONE*, 17(1), e0261652. [\[https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261652\]](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261652){}{.underline}
119. Anderson T. J., Madalone J., Ayres M. et al. Gender Disparities in Symptoms of Depression After Medical School Exams and Student Coping Strategies for Postexam Depression Symptoms // *Journal of Medical Education and Curricular Development*. --- 2022. --- Vol. 9. --- P. 1--11. --- DOI: 10.1177/23821205211055391. --- PMID: PMC8753238.
120. Obiekwe T. T., Kolapo P. O., Nnaemeka E. W. An investigative study on the causes of depression and the coping strategies among clinical medical students in private universities in North Central Nigeria // *BMC Psychiatry*. --- 2024. --- Vol. 24. --- Art. 739. --- DOI: 10.1186/s12888-024-06197-x. --- PMID: PMC11515504.
121. Bhat B. A., Mir R. A., Hussain A., Shah I. R. Depressive and anxiety symptoms, quality of sleep, and coping during the 2019 coronavirus disease pandemic in general population in Kashmir // *Middle East Current Psychiatry*. --- 2020. --- Vol. 27. --- Art. 53. --- DOI: 10.1186/s43045-020-00063-y. --- PMID: PMC7610008.
122. Guo Z., Zhang Y., Pi P. et al. Relations among coping style, and depression and anxiety symptoms in medical graduate students: a transdiagnostic network analysis // *Current Psychology*. --- 2024. --- Vol. 43. --- P. 1--12. --- DOI: 10.1007/s12144-024-05912-x.

123. Ивашкина М. Г., Чернов Д. Н., Радчикова Н. П. и др. Особенности копинг-стратегий у студентов различных медицинских факультетов // Лечебное дело. --- 2020. --- № 2. --- С. 120--127. --- ISSN 2071-5315.
124. Areba, E. M., Duckett, L., Robertson, C., & Savik, K. (2018). Religious Coping, Symptoms of Depression and Anxiety, and Well-Being Among Somali College Students. *Journal of Religion and Health*, 57(1), 94-109. [\[https://doi.org/10.1007/s10943-017-0359-3\]{.underline}](https://doi.org/10.1007/s10943-017-0359-3)
125. Swed S, Sohib S, Fathy Hassan NAI, Almoshantaf MB. et al. Stigmatizing attitudes towards depression among university students in Syria // PLoS ONE. --- 2022. --- Vol. 17, No. 9. --- Art. e0273483. --- DOI: 10.1371/journal.pone.0273483. --- PMCID: PMC9477282. --- PMID: 36107932.
126. Tao, H., Zeng, X., Hou, M., et al. (2023). Association of adverse childhood experiences and depression among medical students: the role of family functioning and insomnia. *Frontiers in Psychology*, 14, 1134631. [\[https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1134631\]{.underline}](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1134631)
127. Xu, Z., Zhang, D., Ding, H., et al. (2022). Association of positive and adverse childhood experiences with risky behaviours and mental health indicators among Chinese university students in Hong Kong: an exploratory study. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), 2065429. [\[https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2065429\]{.underline}](https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2065429)
128. Lemon, E. D., Vu, M., Roche, K. M., Hall, K. S., & Berg, C. J. (2022). Depressive Symptoms in Relation to Adverse Childhood Experiences, Discrimination, Hope, and Social Support in a Diverse Sample of College Students. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 9(3), 992-1002. [\[https://doi.org/10.1007/s40615-021-01038-z\]{.underline}](https://doi.org/10.1007/s40615-021-01038-z)
129. Li, S., Wang, R., Thomas, E., et al. (2022). Patterns of adverse childhood experiences and depressive symptom trajectories in young adults: a longitudinal study of college students in China. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 918092. [\[https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.918092\]{.underline}](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.918092)

130. Chen, M., et al. (2022). Adverse childhood experiences, sexual orientation, and mental health outcomes among emerging adults. *Child Abuse & Neglect*, 129, 105457. [<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105457>]{.underline}
131. Thurston, C., Murray, A. L., Franchino-Olsen, H., & Meinck, F. (2023). Prospective longitudinal associations between adverse childhood experiences and adult mental health outcomes: a protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 12(1), 181. [<https://doi.org/10.1186/s13643-023-02330-1>]{.underline}
132. Jarczewska-Gerc, E. Psychosomatic symptoms associated with traumatic events experienced in medical students / E. Jarczewska-Gerc, M. Szyszkowska-Sałek, J. Jaracz [et al.] // *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. --- 2023. --- Vol. 36, № 5. --- P. 606--617. --- DOI: 10.13075/ijomeh.1896.02078. --- PMID: 37865933.
133. Leep, C. Sexual Harassment Among Medical Students: Prevalence, Prediction, and Correlated Outcomes / C. Leep, R. Rosenthal, J. Richman [et al.] // *AAOHN Journal*. --- 2020. --- DOI: 10.1177/2165079920969402. --- PMID: 33331247.
134. Rull, R. Exposure of medical students to sexism and sexual harassment and their association with mental health: a cross-sectional study at a Swiss medical school / R. Rull, V. Aubry-Gonthier, E. Pasquier [et al.] // *BMJ Open*. --- 2023. --- Vol. 13, № 4. --- P. e069001. --- DOI: 10.1136/bmjopen-2022-069001. --- PMID: 37105707.
135. Husky, M.M. Childhood adversities and their associations with mental disorders in the World Mental Health International College Student surveys initiative / M.M. Husky, V. Kovess-Masfety, J. Alonso [et al.] // *Psychiatry Research*. --- 2025. --- Vol. 351. --- P. 116585. --- DOI: 10.1016/j.psychres.2025.116585. --- PMID: 40541041.
136. Кибитов, А.А. Влияние семейной отягощённости расстройствами настроения на ассоциацию детской травмы и суицидальности у пациентов с

- депрессией / А.А. Кибитов, Е.Д. Касьянов, А.Е. Николишин [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. --- 2021. --- Т. 31, № 4. --- С. 5--14.
137. Герасимчук, Е.С. Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами / Е.С. Герасимчук, М.Ю. Сорокин, Н.Б. Лутова [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. --- 2024. --- Т. 10, № 1. --- С. 126--142.
138. Оруджев, Н.Я. Клинические аспекты нарушений адаптации несовершеннолетних лиц, подвергшихся воздействию тяжёлого стресса / Н.Я. Оруджев, Н.А. Черная // Вестник ВолгГМУ. --- 2015. --- № 3 (55). --- С. 88--91.
139. Oliveira, C., Pacheco, M., Borges, J., Meira, L., & Santos, A. (2023). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for anxiety among university students: A systematic review and meta-analysis. *Internet Interventions*, 31, 100609. [<https://doi.org/10.1016/j.invent.2023.100609>]{.underline}
140. Karyotaki, E., Kemmeren, L., Riper, H., et al. (2019). Is self-guided internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 589. [<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00589>]{.underline}
141. Karyotaki, E., Klein, A. M., Ciharova, M., et al. (2022). Guided internet-based transdiagnostic individually tailored Cognitive Behavioral Therapy for symptoms of depression and/or anxiety in college students: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 150, 104028. [<https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.104028>]{.underline}
142. Madrid-Cagigal, A., Kealy, C., Potts, C., et al. (2025). Digital Mental Health Interventions for University Students with Mental Health Difficulties: A Systematic Review and Meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 19(3), e70017. [<https://doi.org/10.1111/eip.70017>]{.underline}

143. • Klein A, Wolters NE, Bol EJM, Koelen J, de Koning L, Roetink SSM, et al. Online computer Klein A, Wolters NE, Bol EJM, Koelen J, de Koning L, Roetink SSM, et al. Online computer or therapist-guided cognitive behavioral therapy in university students with anxiety and/or depression: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2021;11(11):e049554. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049554. PMID: 34836897.
144. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy против . control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023;22(1):105-115. doi: 10.1002/wps.21069. PMID: 36640411.
145. Aemissegger V, Lopez-Alcalde J, Witt CM, Barth J. Comparability of patients in trials of eHealth and face-to-face psychotherapeutic interventions for depression: meta-synthesis. *J Med Internet Res*. 2022;24(9):e36978. doi: 10.2196/36978. PMID: 36103217.
146. Nakagami Y, Uwatoko T, Shimamoto T, Sakata M, Toyomoto R, Yoshida K, et al. Long-term effects of internet-based cognitive behavioral therapy on depression prevention among university students: randomized controlled factorial trial. *JMIR Ment Health*. 2024;11:e56691. doi: 10.2196/56691. PMID: 39319584.
147. Watkins ER, Phillips D, Cranston T, Choueiri H, Newton M, Cook H, et al. A randomized controlled trial of a self-guided mobile app targeting repetitive negative thought to prevent depression in university students: study protocol of the Nurture-U Reducing Worry prevention trial. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):649. doi: 10.1186/s12888-024-06079-2. PMID: 39358704.
148. Paganin G, Apolinário-Hagen J, Simbula S. Introducing mobile apps to promote the well-being of German and Italian university students. A cross-national application of the Technology Acceptance Model. *Curr Psychol*. 2022;1-12. doi: 10.1007/s12144-022-03856-8. PMID: 36320558.

- controlled trials for social anxiety disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(3), 649-660. [<https://doi.org/10.1002/cpp.2032>]{.underline}
157. Harper Shehadeh, M., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2016). Cultural adaptation of minimally guided interventions for common mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e44. [<https://doi.org/10.2196/mental.5776>]{.underline}
158. Brown, N., & Ashcroft, K. (2024). The Effectiveness of Compassion Focused Therapy for the Three Flows of Compassion, Self-Criticism, and Shame in Clinical Populations: A Systematic Review. [PMCID: PMC12382812]
159. Darvishi N, Farhadi M, Azmi-Naei B, Poorolajal J. The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023 Oct 31;18(10):e0293620. doi: 10.1371/journal.pone.0293620. PMID: 37906576; PMCID: PMC10617726.
160. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Guthardt L, Haller E. Acceptance and commitment therapy for major depressive disorder: navigating depression treatment in traditional and digital settings with insights from current research. *Adv Exp Med Biol*. 2024;1456:227-256. doi: 10.1007/978-981-97-4402-2_12. PMID: 39261432.
161. Davis CH, Twohig MP, Levin ME. Choosing ACT or CBT: a preliminary test of incorporating client preferences for depression treatment with college students. *J Affect Disord*. 2023;325:413-420. doi: 10.1016/j.jad.2022.12.097. PMID: 36608854.
162. Thomas EBK, Sagorac Gruichich T, Maronge JM, Hoel S, Victory A, Stowe ZN, et al. Mobile acceptance and commitment therapy with distressed first-generation college students: microrandomized trial. *JMIR Ment Health*. 2023;10:e43065. doi: 10.2196/43065. PMID: 37184896.
163. Wang D, Lin B, Zhang S, Xu W, Liu X. Effectiveness of an internet-based self-help acceptance and commitment therapy program on medical students' mental well-being: follow-up randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2024;26:e50664. doi: 10.2196/50664. PMID: 39631061.

164. Shiri S, Farshbaf-Khalili A, Esmaeilpour K, Sattarzadeh N. The effect of counseling based on acceptance and commitment therapy on anxiety, depression, and quality of life among female adolescent students. *J Educ Health Promot.* 2022;11:66. doi: 10.4103/jehp.jehp_1486_20. PMID: 35372625.
165. ElBarazi AS, Mohamed F, Mabrok M, Adel A, Abouelkheir A, Ayman R, et al. Efficiency of assertiveness training on the stress, anxiety, and depression levels of college students (randomized control trial). *J Educ Health Promot.* 2024;13:203. doi: 10.4103/jehp.jehp_264_23. PMID: 39268439.
166. Lee CS, Bowman M, Wu JL. Preliminary outcomes from a single-session, asynchronous, online stress and anxiety management workshop for college students. *Trends Psychiatry Psychother.* 2023;45:e20210448. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0448. PMID: 35714057.
167. Wu SI, Liu SI, Wu YJ, Huang LL, Liu TJ, Kao KL, et al. The efficacy of applying the Interpersonal Effectiveness skills of dialectical behavior therapy into communication skills workshop for clinical nurses. *Heliyon.* 2023;9(3):e14066. doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e14066. PMID: 36938426.
168. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357-1366.
169. Frampton, J. E. (2016). Vortioxetine: a review in cognitive dysfunction in depression. *Drugs*, 76(11), 1041-1054. [<https://doi.org/10.1007/s40265-016-0655-3>]{.underline}
170. Whiston A, Lennon A, Brown C, Looney C, Larkin E, O'Sullivan L, et al. A systematic review and individual patient data network analysis of the residual symptom structure following cognitive-behavioral therapy and escitalopram, mirtazapine and venlafaxine for depression. *Front Psychiatry.* 2022;13:746678. doi: 10.3389/fpsy.2022.746678. PMID: 35178002.
171. Nalçakan AD, Şahin EA, Yalcinkaya OK, Ak S. Antidepressant awareness and stigmatizing attitudes toward depression and antidepressants, a comparison

- between first and sixth-year medical students. *Int J Soc Psychiatry*. 2022;68(2):316-323. doi: 10.1177/0020764020985545. PMID: 33401974.
172. Ang, W. H. D., Kanagaratnam, J., Chuah, S. L., et al. (2022). Resilience for Undergraduate Students: Development and Evaluation of a Digital Resilience Skills Enhancement Program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12729. [\[https://doi.org/10.3390/ijerph191912729\]](https://doi.org/10.3390/ijerph191912729)
173. Lan, L., et al. (2024). Effects of mindfulness and life-skills training on emotion regulation and anxiety symptoms: a randomized controlled trial
174. Moreno-Lacalle R. The effect of psychoeducation for depression: a meta-analysis. *Philippine J Nurs*. 2016;86(2):36-43.
175. Günaydin N. Effect of group psychoeducation on depression, anxiety, stress and coping with stress of nursing students: a randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022;58(2):640-650. doi: 10.1111/ppc.12828. PMID: 33938568.
176. Harrer M, Apolinário-Hagen J, Fritsche L, Salewski C, Zarski AC, Lehr D, et al. Effect of an internet- and app-based stress intervention compared to online psychoeducation in university students with depressive symptoms: results of a randomized controlled trial. *Internet Interv*. 2021;24:100374. doi: 10.1016/j.invent.2021.100374. PMID: 33718001.
177. Российское общество психиатров. (2024). Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство: клинические рекомендации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации.
178. American Psychiatric Association. (2019). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder* (3rd ed.). APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423387>
179. National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: treatment and management* (NICE guideline NG222). NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
180. Lam, R. W., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., MacQueen, G. M., Milev, R. V., Ravindran, A. V., & CANMAT Depression Work Group. (2024). Canadian

- Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641–687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>
181. Walter, H. J., Bukstein, O. G., Abright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2020). Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1107–1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.07.013>
182. Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Bailey, A. P., Sharma, V., Moller, C. I., Badcock, P. B., Cox, G. R., Merry, S. N., & Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(5), CD013674. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013674.pub2>
183. March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., Burns, B., Domino, M., McNulty, S., Vitiello, B., & Severe, J. (2004). Fluoxetine, Cognitive-Behavioral Therapy, and Their Combination for Adolescents with Depression: Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 292(7), 807–820. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.807>
184. Hiemke, C., & Härtter, S. (2000). Pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacology & Therapeutics*, 85(1), 11–28. [https://doi.org/10.1016/S0163-7258\(99\)00048-0](https://doi.org/10.1016/S0163-7258(99)00048-0)
185. Renoir, T. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant treatment discontinuation syndrome: a review of the clinical evidence and the possible mechanisms involved. *Frontiers in Pharmacology*, 4, 45. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00045>
186. Lexchin, J. (2021). The price of medicines: the cost of innovation or the innovation of costing? *Journal of Health Policy & Outcomes Research*, 1, 13–18. <https://doi.org/10.7365/JHPOR.2021.1.2>

187. World Health Organization. (2023). *WHO Model List of Essential Medicines* (23rd ed.). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02>
188. Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., et al. (2022). Efficacy of psychosocial interventions for mental health outcomes in low-income and middle-income countries: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 9(3), 162–172. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00375-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00375-0)
189. Stahl, S. M. (2021). *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications* (5th ed.). Cambridge University Press.
190. Engel, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
191. Kleinman, A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Hachette UK, 2020. 336 p.
192. Endorsed NICE Clinical Guidelines 2022/2023. Department of Health Northern Ireland. <https://www.health-ni.gov.uk/publications/endorsed-nice-clinical-guidelines-20222023>
193. Депрессивный эпизод, Рекуррентное депрессивное расстройство: клинические рекомендации / Российское общество психиатров. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 2019. (МКБ-10: F32/F33).
194. Seligman, M. E. P. Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*. 1972;23:407–411.
195. Ян Пражко, Петр Можны, Милош Шпилецки и коллектив. Когнитивно-бихевиоральная терапия психических расстройств. ISBN 978-5-88230-355-5, 2015. С. 293–297, 301–304, 330–333.
196. Мэннинг, Джейс. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии. Рабочие листы и раздаточные материалы. Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2021. 192 с. ISBN 978-5-907365-31-5.
197. Лихи, Роберт. Техники когнитивной психотерапии. СПб.: Питер, 2022. 656 с. ISBN 978-5-4461-1218-0.

198. Линехан, М. Диалектическая поведенческая терапия: руководство по трекингу навыков. 2-е изд. Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2020. 880 с. ISBN 978-5-907203-23-5. С. 767, 769.
199. Groves, P. Mindfulness in psychiatry — where are we now? *BJPsych Bulletin*. 2016;40(6):289–292. DOI: 10.1192/pb.bp.115.052993.
200. Screening and Assessment // *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services: Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57 / Center for Substance Abuse Treatment (US)*. Rockville (MD): SAMHSA, 2014. Chapter 4.
201. Ван Дайк, Шери. Как усмирить бурю эмоций. Навыки диалектико-поведенческой терапии для управления эмоциями. Пер. с англ. СПб.: ООО «Диалектика», 2020. 208 с. ISBN 978-5-907203-68-6. С. 39–40.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Шкала депрессии Бека (BDI)

Описание методики

Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии. Методика включает 21 вопрос-утверждение, охватывающих наиболее часто встречаемые симптомы и жалобы. Каждый пункт состоит из 4–5 утверждений, ранжированных по мере нарастания тяжести симптома.

Инструкция: Выберите одно утверждение в каждой группе, которое лучше всего описывает ваше состояние за прошедшую неделю, включая сегодняшний день. Обведите кружком номер выбранного утверждения.

Вопросы опросника

1. Печаль

- 0 — Я не чувствую себя несчастным.
- 1 — Я чувствую себя несчастным.
- 2 — Я все время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
- 3 — Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.

2. Пессимизм

- 0 — Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
- 1 — Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
- 2 — Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.

3. Ощущение невезучести

- 0 — Я не чувствую себя неудачником.
- 1 — Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.

4. Неудовлетворённость собой

- 0 — Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
- 1 — Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.

5. Чувство вины

- 0 — Я не чувствую себя особенно виноватым.
- 1 — Довольно часто я чувствую себя виноватым.

6. Ощущение наказания

- 0 — Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.

- 1 — Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.

7. Самоотрицание

- 0 — Я не испытываю разочарование в себе.
- 1 — Я разочарован в себе.

8. Самообвинение

- 0 — У меня нет чувства, что я в чём-то хуже других.
- 1 — Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
- 2 — Я всё время виню себя за свои ошибки.
- 3 — Я виню себя за всё плохое, что происходит.

9. Наличие суицидальных мыслей

- 0 — У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
- 1 — У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не делаю.
- 2 — Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
- 3 — Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.

10. Плаксивость

- 0 — Я плачу не больше, чем обычно.
- 1 — Сейчас я плачу больше обычного.
- 2 — Я теперь всё время плачу.
- 3 — Раньше я ещё мог плакать, но теперь не могу.

11. Раздражительность

- 0 — Сейчас я не более раздражителен, чем обычно.
- 1 — Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
- 2 — Сейчас я всё время раздражён.
- 3 — Всё стало безразлично.

12. Чувство социальной отчуждённости

- 0 — Я не потерял интереса к другим людям.
- 1 — У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
- 2 — Я почти утратил интерес к другим людям.
- 3 — Я потерял всякий интерес к другим людям.

13. Нерешительность

- 0 — Я способен принимать решения так же, как всегда.
- 1 — Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
- 2 — Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
- 3 — Я не способен принимать каких-либо решений.

14. Дисморфофобия

- 0 — Я не чувствую, что выгляжу хуже, чем обычно.
- 1 — Я обеспокоен, что выгляжу постаревшим и непривлекательным.
- 2 — Я чувствую, что изменения в моей внешности сделали меня непривлекательным.

15. Трудности в работе *(опросник продолжается)*

16. Бессонница

- 0 — Я могу спать так же хорошо, как и обычно.
- 1 — Я сплю не так хорошо, как всегда.

17. Утомляемость

- 0 — Я устаю не больше обычного.
- 1 — Я устаю легче обычного.
- 2 — Я устаю почти от всего того, что делаю.
- 3 — Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18. Потеря аппетита

- 0 — Мой аппетит не хуже, чем обычно.
- 1 — У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
- 2 — Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
- 3 — Я вообще потерял аппетит.

19. Потеря в весе

- 0 — Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.
- 1 — Я потерял в весе более 2 кг.
- 2 — Я потерял в весе более 4 кг.
- 3 — Я потерял в весе более 6 кг.

20. Озабоченность состоянием здоровья

- 0 — Я беспокоюсь о своём здоровье не больше, чем обычно.
- 1 — Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.
- 2 — Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чём-нибудь другом.
- 3 — Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чём не могу думать.

21. Потеря сексуального влечения

- 0 — Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.
- 1 — Я меньше, чем обычно, интересуюсь сексом.
- 2 — Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.

Обработка результатов

Опросник включает 21 утверждение, структурированные по типам психопатологической симптоматики:

- Пункты 1–13 — **когнитивно-аффективная субшкала**
- Пункты 14–21 — **субшкала соматизации**

Интерпретация суммарного балла:

Баллы	Уровень депрессии
Менее 9	Отсутствие депрессивных симптомов
10–18	Лёгкая депрессия (астено-субдепрессивная симптоматика)
19–29	Умеренная депрессия (критический уровень)
30–63	Явно выраженная депрессивная симптоматика, возможна эндогенность

Приложение Б

Шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина

Шкала ситуативной тревожности (СТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете **в данный момент**. Над вопросами долго не задумывайтесь — правильных и неправильных ответов нет.

№	Суждение	Никогда		Почти никогда	Часто	Почти всегда
1	Я спокоен	1	2		3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2		3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2		3	4
4	Я внутренне скован	1	2		3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2		3	4
6	Я расстроен	1	2		3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2		3	4
8	Я ощущаю душевный покой	1	2		3	4
9	Я встревожен	1	2		3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2		3	4
11	Я уверен в себе	1	2		3	4
12	Я нервничаю	1	2		3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2		3	4
14	Я взвинчен	1	2		3	4
15	Я не чувствую скованности, напряжения	1	2		3	4
16	Я доволен	1	2		3	4
17	Я озабочен	1	2		3	4
18	Я слишком возбуждён и мне не по себе	1	2		3	4
19	Мне радостно	1	2		3	4
20	Мне приятно	1	2		3	4

Шкала личностной тревожности (ЛТ)

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений и зачеркните цифру в соответствующей графе справа в зависимости от того, как вы себя чувствуете **обычно**. Над вопросами долго не думайте — правильных или неправильных ответов нет.

№	Суждение	Никогда		Почти никогда	Часто	Почти всегда
21	У меня бывает приподнятое настроение	1	2		3	4
22	Я бываю раздражительным	1	2		3	4

№	Суждение	Никогда	Почти никогда	Часто	Почти всегда
23	Я легко расстраиваюсь	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же удачливым, как и другие	1	2	3	4
25	Я сильно переживаю неприятности и долго не могу о них забыть	1	2	3	4
26	Я чувствую прилив сил и желание работать	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Меня тревожат возможные трудности	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я бываю вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я всё принимаю близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Я чувствую себя незащищенным	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я бываю доволен	1	2	3	4
37	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
38	Бывает, что я чувствую себя неудачником	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Ключ для обработки результатов

№ СТ (ответы 1–2–3–4) № ЛТ (ответы 1–2–3–4)

1	4–3–2–1	21	4–3–2–1
2	4–3–2–1	22	1–2–3–4
3	1–2–3–4	23	1–2–3–4
4	1–2–3–4	24	1–2–3–4
5	4–3–2–1	25	1–2–3–4
6	1–2–3–4	26	4–3–2–1
7	1–2–3–4	27	4–3–2–1
8	4–3–2–1	28	1–2–3–4
9	1–2–3–4	29	1–2–3–4
10	4–3–2–1	30	4–3–2–1
11	4–3–2–1	31	1–2–3–4
12	1–2–3–4	32	1–2–3–4
13	1–2–3–4	33	1–2–3–4
14	1–2–3–4	34	1–2–3–4
15	4–3–2–1	35	1–2–3–4

№ СТ (ответы 1–2–3–4) № ЛТ (ответы 1–2–3–4)

16 4–3–2–1	36 4–3–2–1
17 1–2–3–4	37 1–2–3–4
18 1–2–3–4	38 1–2–3–4
19 4–3–2–1	39 4–3–2–1
20 4–3–2–1	40 1–2–3–4

Интерпретация

Общий итоговый показатель по каждой подшкале: от **20 до 80 баллов**.

Баллы	Уровень	Характеристика
До 30	Низкая	Требуется пробуждение активности, подчёркивание мотивационных компонентов деятельности, возбуждение заинтересованности, усиление чувства ответственности
31–44	Умеренная	—
45 и более	Высокая	Склонность воспринимать угрозу своей самооценке и жизнедеятельности в широком диапазоне ситуаций. При высокой ЛТ следует формировать чувство уверенности и успеха, смещать акцент с внешней требовательности на содержательное осмысление деятельности и конкретное планирование

Реактивная (ситуационная) тревога возникает при попадании в стрессовую ситуацию и характеризуется субъективным дискомфортом, напряжённостью, беспокойством и вегетативным возбуждением. Отличается неустойчивостью во времени.

Личностная тревожность — конституциональная черта, обуславливающая склонность воспринимать угрозу в широком диапазоне ситуаций. Очень высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, эмоциональными и невротическими срывами, психосоматическими заболеваниями.

Приложение В

Шкала психологического стресса PSM-25

Шкала PSM-25 Лемура–Тесье–Филлиона предназначена для измерения феноменологической структуры переживаний стресса. Перевод и адаптация русского варианта: Н. Е. Водопьянова (Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб: Питер, 2009. 336 с.)

Цель: измерение стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях.

Инструкция: Оцените ваше состояние за последнюю неделю с помощью 8-балльной шкалы, обведя число от 1 до 8 рядом с каждым утверждением.

Шкала частоты: 1 — никогда; 2 — крайне редко; 3 — очень редко; 4 — редко; 5 — иногда; 6 — часто; 7 — очень часто; 8 — постоянно (ежедневно).

№	Утверждение
1	Я напряжён(а) и взволнован(а) (взвинчен)
2	У меня ком в горле и (или) я ощущаю сухость во рту
3	Я перегружен(а) работой. Мне совсем не хватает времени
4	Я проглатываю пищу или забываю поесть
5	После работы я не могу отключиться от мыслей о незавершённых делах, проблемах, планах; «застреваю» на переживаниях рабочих ситуаций
6	Я чувствую себя одиноким(ой), изолированным(ой) и непонятым(ой)
7	Я страдаю от физического недомогания: болит голова, напряжены мышцы шеи, боли в спине, спазмы в желудке
8	Я поглощён(а) мрачными мыслями, измучен(а) тревожными состояниями
9	Меня внезапно бросает то в жар, то в холод
10	Я забываю о встречах или делах, которые должен(а) сделать
11	Я чувствую себя уставшим человеком
12	В трудной ситуации я крепко стискиваю зубы (или сжимаю кулаки)
13	Мне тяжело дышать и (или) у меня внезапно перехватывает дыхание
14	Я имею проблемы с пищеварением и с кишечником (боли, колики, расстройства или запоры)
15	Я взволнован(а), обеспокоен(а) или смущён(а)
16	Я легко пугаюсь; шум или шорох заставляет меня вздрагивать
17	Мне необходимо более получаса для того, чтобы заснуть
18	Я сбит(а) с толку; мои мысли спутаны; мне не хватает сосредоточенности
19	У меня усталый вид; мешки или круги под глазами
20	Я чувствую тяжесть на своих плечах
21	Я встревожен(а). Мне необходимо постоянно двигаться; я не могу устоять на одном месте
22	Мне трудно контролировать свои поступки, эмоции, настроение или жесты

Обработка и интерпретация

Подсчитывается сумма всех ответов — интегральный показатель психической напряжённости (ПН).

ПН (сумма баллов)	Уровень стресса	Рекомендации
Более 155	Высокий	Состояние дезадаптации и психического дискомфорта. Необходимы широкий спектр средств снижения напряжённости, психологическая разгрузка, изменение стиля мышления и жизни. Рекомендована консультация психолога
100–155	Средний	Соблюдать режим труда и отдыха, наладить режим дня, снизить нагрузки, взять паузу для отдыха, прогулки или сна
Менее 99	Низкий	Состояние психологической адаптированности к рабочим нагрузкам

Приложение Г

Опросник оценки негативного детского опыта АСЕ-10

Адаптация: Е. С. Герасимчук, Н. Б. Лутова и др.

Инструкция: Данные вопросы относятся к периоду жизни до 18 лет. На каждый вопрос выберите ответ «ДА» или «НЕТ».

№	Вопрос	ДА	НЕТ
1	Родитель или любой взрослый человек часто или очень часто ругал, оскорблял или унижал вас? Или вёл себя так, что вы боялись физически пострадать?		
2	Родитель или любой взрослый часто или очень часто толкал, хватал, шлёпал вас или бросал в вас что-либо? Или хоть один раз ударил вас так сильно, что остались следы или шрамы?		
3	Взрослый или любой человек старше вас более чем на 5 лет хоть один раз трогал или ласкал вас с сексуальным намёком? Или занимался или пытался заняться с вами любым видом секса?		
4	Вы часто или очень часто чувствовали, что никто в вашей семье не любил или не ценил вас? Или члены семьи не заботились друг о друге и не поддерживали друг друга?		
5	Вы часто или очень часто чувствовали, что у вас не было достаточно еды, вы носили грязную одежду и никто о вас не заботился? Или ваши родители находились под слишком сильным влиянием алкоголя или наркотиков?		
6	Ваши родители развелись или стали жить отдельно?		
7	Кто-либо часто или очень часто толкал, хватал, давал пощёчину или бросал что-либо в вашу мать или мачеху? Или пинал, кусал, ударял кулаком? Или угрожал ножом или огнестрельным оружием?		
8	Вы жили с кем-либо, кто являлся алкоголиком или употреблял наркотики?		
9	Вы жили с кем-либо, у кого была депрессия или психическое расстройство, или кто пытался покончить жизнь самоубийством?		
10	Кто-то из тех, с кем вы жили, попал в тюрьму?		

Общее количество ответов «ДА»: _____

Приложение Д

Сравнительная таблица болевых ощущений

											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Полное отсутствие боли	Слабая боль			Умеренная боль			Сильная боль		Нестерпимая боль		
	Боль раздражающая, но не мешает заниматься большинством повседневных дел. Пациент может приспособиться к боли как психологически, так и физически – с помощью лекарств или повышения уровня комфорта (например, подложка подушки).			Заметно мешает повседневным занятиям, снижает концентрацию внимания. Требуется изменение образа жизни, но пациент остается самостоятельным. Пациент не может адаптироваться и привыкнуть к боли.			Делает невозможным выполнение повседневной деятельности. Мешает основным физиологическим потребностям. Сложно думать о чем-то, кроме боли. Пациент не может полноценно функционировать самостоятельно.		По сути, инвалидизирует пациента. Требуется постельного режима.		

Приложение Е

Опросник копинг-стратегий

«Оказавшись в трудной ситуации, я...»

- | № | Утверждение |
|----|--|
| 1 | Сосредотачивался на том, что мне нужно делать дальше, на следующем шаге |
| 2 | Начинал что-то делать, зная, что это всё равно не будет работать: главное — делать хоть что-нибудь |
| 3 | Пытался склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили своё мнение |
| 4 | Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации |
| 5 | Критиковал и укорял себя |
| 6 | Пытался не сжигать за собой мосты |
| 7 | Надеялся на чудо |
| 8 | Смирялся с судьбой: бывает, что мне не везёт |
| 9 | Вёл себя, как будто ничего не произошло |
| 10 | Старался не показывать своих чувств |
| 11 | Пытался увидеть плюсы этой ситуации |
| 12 | Спал больше обычного |
| 13 | Срывал свою досаду на тех, кто навлёк на меня проблемы |
| 14 | Искал сочувствия и понимания у кого-нибудь |
| 15 | Во мне возникла потребность выразить себя творчески |
| 16 | Пытался забыть всё это |
| 17 | Обращался за помощью к специалистам |
| 18 | Менялся или рос как личность в положительную сторону |
| 19 | Извинялся или старался всё загладить |
| 20 | Составлял план действий |
| 21 | Старался дать какой-то выход своим чувствам |
| 22 | Понимал, что я сам вызывал эту проблему |
| 23 | Набирался опыта в этой ситуации |
| 24 | Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации |
| 25 | Пытался улучшить своё самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами |
| 26 | Рисковал напропалую |
| 27 | Старался действовать не слишком поспешно, не доверяясь первому порыву |
| 28 | Находил новую веру во что-то |
| 29 | Вновь открывал для себя что-то важное |
| 30 | Что-то менял так, что всё улаживалось |
| 31 | В целом избегал общения с людьми |
| 32 | Не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться |
| 33 | Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал |
| 34 | Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела |

- | № | Утверждение |
|----------|--|
| 35 | Отказывался воспринимать это слишком серьёзно |
| 36 | Говорил с кем-то о том, что я чувствую |
| 37 | Стоял на своём и боролся за то, что хотел |
| 38 | Вымещал это на других людях |
| 39 | Пользовался прошлым опытом — мне приходилось уже попадать в такие ситуации |
| 40 | Знал, что надо делать, и удваивал свои усилия, чтобы всё наладить |
| 41 | Отказывался верить, что это действительно произошло |
| 42 | Давал себе обещание, что в следующий раз всё будет по-другому |
| 43 | Находил пару других способов решения проблемы |
| 44 | Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах |
| 45 | Что-то менял в себе |
| 46 | Хотел, чтобы всё это скорее как-то образовалось или кончилось |
| 47 | Представлял себе, фантазировал, как всё это могло бы обернуться |
| 48 | Молился |
| 49 | Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать |
| 50 | Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему |

(Шкала ответов: 1 — Никогда, 2 — Редко, 3 — Иногда, 4 — Часто)

Приложение Ж

Анкета-опросник участников исследования

ФИО:	
Пол:	Дата рождения:
Дата заполнения:	Телефон:
Возраст:	Гражданство:
Факультет:	Курс:
Семейный анамнез:	
Имеются ли какие-либо хронические заболевания у Ваших родителей:	
Мать _____ —	
Отец _____ —	
Были ли в Вашей семье случае следующие случаи:	
<input type="checkbox"/> Диагностированные психические расстройства	
<input type="checkbox"/> Госпитализация в психиатрический/неврологический стационар	
<input type="checkbox"/> Алкоголизм	
<input type="checkbox"/> Судорожные припадки	
<input type="checkbox"/> Задержка развития	
<input type="checkbox"/> Родственники с очень трудным характером	
<input type="checkbox"/> Другое	
Страдаете ли Вы каким-то хроническими заболеваниями? Если да, то какими?	
Принимаете ли какие-либо препараты на постоянной основе:	
Общее состояние за последние 14 дней (отметьте один или несколько вариантов):	
Настроение: преимущественно хорошее / преимущественно подавленное / настроение ровное, стабильное / настроение нестабильное и легко меняется по незначительным причинам / настроение меняется без видимых причин.	
Сон: Я быстро засыпаю / Я долго не могу заснуть/ Я крепко сплю / Я сплю очень чутко и беспокойно / Мне снятся кошмарные сны / Частые ночные пробуждения / Я разговариваю во сне / Встаю утром с чувством «разбитости» / Я просыпаюсь с трудом / Мне нужен дневной сон/Сплю дольше обычного/ Сплю не более 4-5 часов, не могу заснуть	
Аппетит: Нормальный / Повышенный / Пониженный / Избирательный / Могу есть несъедобные продукты(ногти/волосы)/ Переедаю, чтобы справиться со стрессом	
Изменился ли Ваш вес? Да/Нет	
*Если да: Уменьшился/Увеличился на _____ кг	
Есть ещё какие-то жалобы?	
Отмечали ли Вы у себя какой-то из указанных симптомов за последний месяц (отметьте один или несколько вариантов): Тревога/Подавленное настроение/Бессонница/Трудности с концентрацией внимания/Апатия/Снижение памяти/Изменения аппетита/ Ничего из перечисленного	

Как часто Вы испытываете тревогу: 1 раз в неделю/ 2-4 раза в неделю/ каждый день/ не испытываю
Что чаще всего вызывает у Вас тревогу: Академическая успеваемость/ Отношения в группе/Отношения с родителями/ Отношения с партнером/Финансовые трудности/ Ничего из перечисленного
Другое _____
Отмечаете ли Вы у себя один или несколько симптомов, указанных ниже (Один или несколько вариантов): Частые головные боли/ Боль в шее/ Боль в спине/Боль в пояснице/ Ничего из перечисленного
Если да, то как справляетесь с симптомом?

Болели ли Вы COVID-19? Да/Нет Если «да», сколько раз?
Болели ли Вы малярией? Да/Нет Если «да», сколько раз?
Болели ли Вы корью? Да/Нет
Другие перенесенные инфекционные заболевания:

Обращались ли Вы когда-нибудь за помощью к психиатру? Да/Нет
Ранее установленный диагноз: _____
Принимаете ли Вы сейчас психотропные лекарственные препараты (антидепрессанты, нейролептики, нормотимики)? Да/Нет
*Если принимаете, то какие препараты и в связи с чем?

Как Вы относитесь к обращению за помощью к психиатру: Предпочту обратиться к психологу Считаю, что с любой проблемой справлюсь сам Положительно Не хочу/ боюсь пить лекарства

Ваши дополнительные комментарии (по желанию) _____

Приложение 3

Дидактический блок (90 минут):

- Нейробиологические механизмы аффективных расстройств: роль моноаминергических систем, нейропластических процессов и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси.
- Эпидемиология депрессии в контексте миграционного стресса и аккультурационного дистресса
- Континуум тревожно-депрессивных расстройств согласно DSM-5-TR и МКБ-10
- Доказательная база психофармакотерапии: выбор препаратов и оценка эффективности основывались на данных метаанализа сравнительной эффективности антидепрессантов, клинических рекомендациях NICE (2022) и клинических рекомендациях Министерства здравоохранения РФ по лечению депрессивного эпизода (2021) [192, 193, 1194].

Когнитивная реструктуризация культурально-обусловленных мифов (90 минут):

- Систематическое опровержение религиозно-моралистических атрибуций ("божественное наказание", "джинны", "порча");
- Психофармакологическая грамотность: дифференциация между физиологической зависимостью, толерантностью и синдромом отмены;
- Гендерные различия в проявлении эмоций и их связь с социальными представлениями;
- Формирование позитивного отношения к профессиональной психологической помощи через примеры авторитетных представителей соответствующих культур;

Методология: интерактивные методы обучения с использованием лекций, диалога, дискуссий, и адаптированных видеоматериалов.

Модуль II. Когнитивно-поведенческая интервенция (День 2, 180 минут)

Теоретический блок (60 минут):

- Модель когнитивной триады Бека: негативное восприятие себя, пессимистичное представление о мире, негативное восприятие будущего.
- Когнитивно-бихевиоральная модель депрессии [195, 196];
- Понятие «автоматическая мысль», типичные когнитивные ошибки с культурально-релевантными примерами [196];

Структурированные КБТ упражнения (120 минут) [195, 196, 197]:

- Обучение заполнению протокола СМЭР и фиксацией ситуации-автоматических мыслей-эмоций-реакций
- Техники оспаривания автоматических негативных мыслей
- Поведенческая активация, техники ведения дневника ежедневной активности и дневника настроения;

- Составление плана поведенческой активации с учётом циркадных ритмов и религиозных практик (намаз, пост);
- Поведенческие эксперименты для проверки валидности убеждений;
- Техника «назначение времени для беспокойства» — структурированное 30-минутное окно для руминаций.

Домашние задания: Трёхколоночный дневник автоматических мыслей, дневник настроения, соблюдение графика активности.

Модуль III. Навыки эмоциональной регуляции и толерантности к дистрессу (День 3, 180 минут)

Теоретическое обоснование: принципы диалектической поведенческой терапии (Linehan, 2015) и практики осознанности (mindfulness-based interventions) — 45 минут:

- Биосоциальная теория эмоциональной дисрегуляции;
- Концепция «мудрого разума» (wise mind): интеграция эмоционального и рационального мышления;
- Навыки осознанности: техники радикального принятия (radical acceptance), наблюдение за эмоциями без оценки, практики телесной осознанности (body scan), элементы медитации.

Навыки стрессоустойчивости ТРУД и СТОП ДБТ Марши Линехан(45 минут):

- навык ТРУД [198]:

- Температурное воздействие — холодовая экспозиция лица для активации парасимпатической нервной системы;
- Релаксация мышечная — прогрессивная мышечная релаксация по методу Джекобсона;
- Упражнения физические — 20-минутная аэробная нагрузка для метаболизации стресс-гормонов;
- Дыхание размеренное — техника с удлинённым выдохом (соотношение вдох/выдох 1:2) для снижения симпатического тонуса.

Навык СТОП [199]:

С — Стой. Немедленно прервите текущую деятельность. Остановитесь как физически, так и мысленно — прекратите движение, речь и привычный ход размышлений. Задача — прервать автоматическую реакцию.

Т — отступите Только шаг назад. Сделайте шаг назад. Сосредоточьтесь на текущем моменте, позвольте нервной системе успокоиться. Это создаёт паузу между триггером и ответной реакцией.

О — Осмотритесь. Безоценочно наблюдайте за происходящим — как внутри себя, так и в окружающей обстановке. Отметьте свои ощущения, эмоции и побуждения, чтобы сформировать целостное понимание ситуации.

П — Попытайся действовать осознанно. На основе проведённых наблюдений сделайте обдуманый выбор следующего шага. Выберите действие, которое

будет продуктивным и согласованным с вашими ценностями и долгосрочными целями.

Практикум mindfulness: (30 мин) [200]:

1. Техника замедления («заземления»);
2. Упражнение «Осознанность дыхания»;
3. Дыхательные техники саморегуляции (4-7-8 по А. Weil, техника дыхания «по квадрату»).
4. Упражнение «Осознанность тела» [201];
5. Практика осознанности и безоценочного суждения

Практикум эмоциональной регуляции по Лихи (60 мин) [197]:

1. Техника принятия эмоций
2. Техника сделать то, чего делать не хочется
3. Техника «Экспрессивное письмо»

Оценка эффективности: Pre-post измерения по BDI, PSM-25

Приложение И

Структура 8-недельного протокола

Индивидуальные еженедельные сессии продолжительностью 60 минут проводились по следующей схеме:

Неделя 1: Вступительная сессия

- Установление терапевтического контакта;
- Формулировка целей терапии;
- Психообразование: когнитивная модель депрессии;
- Домашнее задание: самомониторинг настроения с помощью дневника.

Неделя 2: Когнитивная модель ABC и автоматические мысли

- Обучение идентификации негативных автоматических мыслей;
- Связь мыслей, эмоций и поведения;
- Домашнее задание: ведение дневника СМЭР: ситуация, мысли, эмоции, реакция.

Неделя 3: Когнитивные искажения

- Работа с выявлением когнитивных искажений: катастрофизация, чтение мыслей, черно-белое мышление, долженствование
- Обучение техники «Рейтинг силы эмоции и степени доверия к мысли» [175];
- Домашнее задание: ведения дневника мыслей с поиском собственных когнитивных искажений и оценкой силы эмоций.

Неделя 4: Когнитивная реструктуризация

- Техника " Анализ результатов с помощью аргументов за и против" [175];
- Формирование рациональных ответов;
- Таблицы оценки мыслей;
- Домашнее задание: ведение дневника мыслей, выявление когнитивных искажений и ежедневная практика когнитивной реструктуризации.

Неделя 5: Поведенческая активация

- Выявление приятных и важных активностей;

- Составление расписания активностей;
- Преодоление апатии через градуированные задания;
- Домашнее задание: выполнение плана активностей.

Неделя 6: Управление беспокойством

- Продуктивное и непродуктивное беспокойство;
- Техника "назначение времени для беспокойства" [175];
- Техника «Преимущества и недостатки волнения» [175];
- Домашнее задание: практика техник управления тревогой.

Неделя 7: Работа с уязвимостью и предотвращение рецидивов

- Идентификация триггерных ситуаций;
- План преодоления кризисов;
- Усиление эффективных стратегий;
- Домашнее задание: составление личного плана профилактики.

Неделя 8: Завершение терапии

- Повторная оценка по шкале Бека;
- Закрепление освоенных навыков;
- "Письмо себе в будущее";
- Планирование самостоятельной практики.