

# Влияние статуса национального меньшинства и социального контекста на развитие депрессии и тревоги: лонгитюдное исследование на примере молодежи пуэрториканского происхождения

Margarita Alegria<sup>1,3</sup>, Patrick E. Shrout<sup>4</sup>, Glorisa Canino<sup>5</sup>, Kiara Alvarez<sup>1,3</sup>, Ye Wang<sup>1</sup>, Hector Bird<sup>6</sup>, Sheri Lapatin Markle<sup>1</sup>, Maria Ramos-Olazagasti<sup>7</sup>, Doryliz Vila Rivera<sup>5</sup>, Benjamin Lk Cook<sup>2</sup>, George J. Musa<sup>6</sup>, Irene Falgas-Bague<sup>1</sup>, Amanda NeMoyer<sup>1,8</sup>, Georgina Dominique<sup>1</sup>, Cristiane Duarte<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Disparities Research Unit, Department of Medicine, Massachusetts General Hospital, Boston, MA, USA;

<sup>2</sup>Department of Psychiatry, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

<sup>3</sup>Department of Medicine, Harvard Medical School, Boston, MA, USA;

<sup>4</sup>Department of Psychology, New York University, New York, NY, USA;

<sup>5</sup>Behavioral Sciences Research Institute, University of Puerto Rico Medical School, San Juan, Puerto Rico;

<sup>6</sup>New York State Psychiatric Institute, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA;

<sup>7</sup>Child Trends, Bethesda, MD, USA;

<sup>8</sup>Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

Перевод: Т.И. Шишковская (Москва)

Редактура: к.м.н. В.В. Руженкова (Белгород)

Alegria M. et al. The effect of minority status and social context on the development of depression and anxiety: a longitudinal study of Puerto Rican descent youth //World Psychiatry. 2019;18(3):298-307.

*На сегодняшний день существует не так много лонгитюдных исследований, посвященных вопросу влияния статуса национального меньшинства, проживающего в неблагоприятном районе, на риск неблагоприятного исхода при психических расстройствах. Не изучены механизмы, которые могут привести к такому риску. Мы исследовали, как статус меньшинства влияет на течение и исход четырех психических расстройств в этнически гомогенной выборке молодых пуэрториканцев. Мы изучили модели риска для большого депрессивного расстройства (БДР), генерализованного тревожного расстройства (ГТР), симптомов тревоги и депрессии (СТД) и психологического дистресса у пуэрториканских детей и подростков (5-13 лет), а затем у них же в более взрослом возрасте (15-29 лет). Исследование проводилось в двух городах: в одном из них (на острове Пуэрто-Рико) дети воспитывались в качестве национального большинства, а в другом (Нью-Йорк, район Южный Бронкс) – в статусе национального меньшинства. Исходно исследование проводилось на стратифицированной выборке из 2491 молодых пуэрториканцев из двух городов. После первичной оценки (Волна 1), каждый из юных участников вместе с опекуном ежегодно обследовались в течение двух лет, таким образом, были получены результаты для трех временных точек (Волны 1-3). С апреля 2013 по август 2017 участников приглашали на интервью в рамках Волны 4, таким образом, в исследовании приняли участие 2004 человека в возрасте от 15 до 29 лет (чувствительность с поправкой на пригодность = 82,8%). Влияние статуса национального меньшинства на течение БДР, ГТР, СТД и психологического дистресса оценивалось с помощью квази-экспериментального дизайна. Потенциальные механизмы, лежащие в основе наблюдаемых отношений исследовались при помощи анализа медиации. Данные от 1863 молодых людей пуэрториканского происхождения (после исключения тех, у кого выявлены БДР и ГТР на этапе Волн 1-3) указывают на связь статуса национального меньшинства с более высокой частотой возникновения ГТР и СТД за последний год и психологического дистресса – за последние 30 дней в исследовании Волны 4, а также, пограничную тенденцию к возникновению БДР, сохранившуюся также после коррекции. Различия частично объясняются влиянием социальной поддержки детей, их отношениями со сверстниками, а также межнациональными конфликтами, дискриминацией в регионе проживания и несправедливым отношением в более взрослом возрасте. Опыт взросления в статусе национального меньшинства, исходя из контекста, значительно повышает риски психических расстройств, с соответствующей разницей в социальных отношениях и опосредующим эти отношения высоким социальным стрессом. Наши результаты позволяют сделать вывод, что в предотвращении риска расстройств настроения у молодых людей, относящихся к национальным меньшинствам, более эффективными стали бы мероприятия не индивидуальные, а направленные на сообщество в целом.*

**Ключевые слова:** статус национального меньшинства, социальный контекст, депрессия, тревога, психологический дистресс, молодежь, социальная поддержка, межкультурный конфликт, дискриминация на уровне сообщества, Boricua Youth Study

За последнее столетие миграция между регионами, странами и континентами беспрецедентно возросла<sup>1,2</sup>. Важным эффектом миграционного процесса является формирование национальных меньшинств в регионах, которые ранее были этнически гомогенными. Существует обширная литература о разных аспектах существования в статусе национального меньшинства, написанная социологами, политологами, психологами, экономистами и специалистами в области общественного здоровья<sup>3-5</sup>. Ученые едины во мнении, что национальные меньшинства чаще подвергаются насилию и дискриминации, чаще попадают в неблагоприятную экономическую ситуацию и отличаются

в целом худшим состоянием здоровья<sup>6-10</sup>. Кроме того, политики и лидеры мнений среди национального большинства нередко поддерживают негативные стереотипы в отношении меньшинств, что способствует их дегуманизации и жестокому обращению со стороны окружающих<sup>11-13</sup>.

Вследствие дискриминации любое увеличение риска развития психических и поведенческих расстройств также может стать негативным стереотипом в отношении национального меньшинства<sup>14,15</sup>. Например, тех, кто вследствие психогенной депрессии пропускает работу, могут охарактеризовать как ленивых. Психогенно-спровоцированную тревогу, которая может проявляться раздражитель-

ностью и злобой, могут расценить как угрожающее поведение<sup>16</sup>. Однажды утвердившись, эти стереотипы могут в дальнейшем служить универсальным объяснением, почему представители меньшинства не могут добиться успеха, и ратифицировать дискриминацию со стороны большинства.

Ассоциация между статусом национального меньшинства и проблемами в сфере психического здоровья отражена в эпидемиологических обзорах<sup>17-20</sup>. Например, в ранее проводившихся исследованиях на выборке молодых иммигрантов была показана связь между стрессом культурной адаптации и, с одной стороны, интернализированными симптомами, а с другой – субъективным ухудшением самочувствия<sup>21,22</sup>. Однако у этих работ несколько значимых ограничений: в выборки были включены только школьники, их состав был этнически и расово гетерогенным (включал, например, азиатов и латиноамериканцев), не регистрировался исход во взрослом возрасте, не сравнивался контекст в отношении к национальному большинству. Кроме того, в имеющейся литературе не исследовались механизмы, лежащие в основе выявленных взаимоотношений. Эти отношения могут определяться как селекционными эффектами (поскольку мигрируют с большей вероятностью здоровые представители), так и связью статуса национального меньшинства с другими переменными, которые могут повышать или снижать риск, как, например, бедность. Насколько нам известно, проведено недостаточно проспективных исследований, которые проясняют механизмы, лежащие в основе связи между статусом меньшинства и риском для психического здоровья.

В настоящем исследовании мы изучали вопрос, влияет ли, и каким образом, взросление в статусе этнического меньшинства на дифференциальный риск тревоги и депрессии в четырех проявлениях: а) наличие или отсутствие большого депрессивного расстройства (БДР); б) наличие или отсутствие генерализованного тревожного расстройства (ГТР); в) уровень симптомов тревоги и депрессии (СТД) и г) выраженность психологического дистресса. На тревоге и депрессии мы сосредоточились потому, что именно эти психические расстройства являются наиболее распространенными<sup>23</sup>, а также показана их связь со стрессом<sup>24,25</sup>.

Наша гипотеза состояла в том, что риск психических заболеваний повышает не принадлежность к этнической группе *per se* (например, принадлежность к латиноамериканцам), а когнитивный и аффективный опыт личности в статусе национального меньшинства<sup>26,27</sup>, который сказывается на характере социальных взаимодействий. Среди характерных для национальных меньшинств обстоятельств, которые могут вести к психопатологии – подверженность дискриминации<sup>4,28-30</sup>, расизму<sup>31-34</sup> и приписывание им более низкого социального статуса<sup>35</sup>. Особенно это показательно в случаях, когда имеет место кумуляция эффектов пережитого насилия (в условиях города или местной группы) и других стрессоров<sup>27</sup>. Более высокий риск психического расстройства в контексте такого негативного опыта может происходить из физиологических механизмов ответа на стресс<sup>36-38</sup> и частого ощущения неуверенности в социальных ситуациях, что формирует привычку к сверхбдительности<sup>39</sup>. Статус меньшинства может трансформировать опыт социальных взаимодействий и преумножить влияние стрессоров, происходящих из социального неблагополучия<sup>27,40-42</sup>, приводя, таким образом, к негативному влиянию на психическое здоровье<sup>34,35</sup>.

Стремясь разобраться в механизмах, которые связывают взросление в статусе национального меньшинства с психическими расстройствами и отдельными психиатрическими симптомами, данная работа заполняет существующие пробелы в исследованиях в трех областях. Во-первых, это одно из немногих лонгитюдных исследований, которые

отслеживают траектории развития симптомов тревоги и депрессии в молодом возрасте на примере гомогенной подгруппы латиноамериканцев (а именно пуэрториканцев). Во-вторых, оно включает две крупных общепопуляционных выборки, не привязанных к школам. В третьих, оно предполагает сравнение траекторий развития у пуэрториканцев, которые воспитывались в статусе национального меньшинства и национального большинства.

Пуэрто-Рико – остров в Карибском море с населением около 3,4 миллионов, считался территорией США с 1898 года, когда в качестве военной награды был изъят из владений Испании<sup>43</sup>. Хотя с 1917 года пуэрториканцы имеют американское гражданство, они продолжают говорить на испанском языке, и могут пользоваться всеми правами и гарантиями американской конституции<sup>44</sup>, только если проживают на территории США<sup>43</sup>. Учитывая низкий уровень жизни (43,5% населения острова живет за чертой бедности)<sup>45,46</sup> и низкую социальную мобильность, с 1950-х годов обычным явлением стала миграция пуэрториканцев в континентальную Америку. В 1950-1960 годы местом скопления пуэрториканцев стал Нью-Йорк, а именно Южный Бронкс, где по настоящее время проживает самая крупная популяция пуэрториканцев вне самого острова<sup>47,48</sup>. С этого же времени Южный Бронкс, как и Пуэрто-Рико, отличается высоким уровнем бедности, безработицы и преступности. В 2010 году по результатам переписи населения Южный Бронкс был назван самым бедным районом в США, где за чертой бедности проживает 28,4% населения<sup>49,50</sup>. Также по данным 2010 года сорок процентов детей в Южном Бронксе проживают в условиях бедности<sup>50</sup>, по сравнению с 56,3% в Пуэрто-Рико<sup>51</sup>.

Приведем пять причин, по которым для исследования была выбрана именно популяция пуэрториканцев. Во-первых, они могут беспрепятственно перемещаться между островом и континентальной Америкой, что снижает вероятность асимметричной выборки, состоящей из наиболее здоровых представителей<sup>52</sup>. В то же время, вне зависимости от того, родились они на острове или в США, к ним относятся как и к другим этническим меньшинствам латиноамериканского происхождения<sup>2</sup>. Во-вторых, дизайн нашего исследования позволяет оценить эффект воспитания в родной стране или в эмиграции на риск определенного состояния в этнически гомогенной подгруппе<sup>53</sup>. Например, если распространенность расстройства в поколениях (например, в Южном Бронксе, где большинство молодых людей относятся ко второму и последующим поколениям) в группе мигрантов увеличивается или уменьшается, этот эффект позволяет предположить отчетливое взаимодействие средовых, культурных и факторов социального контекста с факторами генетической предрасположенности и считать их вероятной причиной изменений в распространенности расстройств<sup>54</sup>.

В-третьих, у каждой этнической подгруппы опыт миграции и дискриминации отличается. Мы сосредоточились на одной подгруппе (пуэрториканцах) с высоким риском психопатологии<sup>55</sup>, чтобы не смешивать всех латиноамериканцев, поскольку это замаскировало бы важные отличия, специфичные для подгрупп<sup>56</sup>. Тот факт, что психические расстройства наиболее распространены у пуэрториканцев по сравнению с другими латиноамериканцами, проживающими в США<sup>57</sup>, но сравнительно мало распространены в Пуэрто-Рико<sup>58</sup>, позволяет предположить, что одним из факторов здесь является статус национального меньшинства. В-четвертых, проблемным моментом, приводящим к искажению результатов в исследовании статуса национального меньшинства становится социальный статус; здесь этого не происходит, поскольку в целом обе группы имеют низкий социальный статус<sup>59</sup>. В-пятых, поскольку две трети психических расстройств развиваются в детском и подро-

стковом возрасте<sup>60</sup>, изучение этого критического периода позволит нам разобраться в психопатологии развития молодых людей, которые воспитываются в статусе национального меньшинства, а также поможет отследить механизмы, опосредующие отклонения в развитии. Важно отметить, что, хотя мы фокусируемся в данном исследовании на пуэрториканцах, ключевые детерминанты и механизмы риска у национальных меньшинств других этнических групп могут быть схожими.

Для определения механизмов, посредством которых статус национального меньшинства мог бы повлиять на риск развития психической патологии, мы опирались на интегративную модель Garcia-Coll для детей национальных меньшинств<sup>27</sup>, которая выделяет четыре класса механизмов: средовой и социальный контекст, культурный контекст и стресс меньшинств, взаимоотношения с родителями и сверстниками, индивидуальные/семейные факторы уязвимости. Под «средовым и социальным контекстом» мы подразумеваем как объективные характеристики района, которые могут влиять на риск тревоги и депрессии<sup>61-70</sup>, так и субъективный опыт проживания в этом районе. Мы также учитываем культурный контекст и стресс меньшинств, связанный с реакцией молодых людей на район проживания и его население. Существуют объективные данные о том, что детский опыт, сопровождающий проживание в группе этнического меньшинства в районах с низким социально-экономическим статусом (например, незнание люди воспринимают такого ребенка как источник опасности) повышают уровень физиологических стрессовых реакций и вероятность восприятия нейтрального отношения со стороны окружающих как враждебного<sup>71</sup>. Наша модель также включает отношения с родителями и сверстниками (например, поддержка, родительская забота) и культурные факторы, которые могут влиять на поведение в обществе (например, межкультурный конфликт, вопросы национальной идентичности) и опосредовать риски. Кроме того, мы изучили факторы социальной интеграции, которые, предположительно, выступают как защитные по отношению к негативному опыту в статусе национального меньшинства и облегчают включение в общественные взаимодействия, как, например, взаимоотношения молодых людей с родителями<sup>26</sup>, социальная поддержка со стороны родителей<sup>72</sup>, доброжелательные отношения со сверстниками<sup>26,27</sup>. Четвертая группа факторов учитывает, что определенные семейные и индивидуальные факторы уязвимости, например, семейный анамнез БДР и тревоги, а также подверженность неблагоприятным воздействиям, могут резко увеличивать риск БДР, ГТР и психологического дистресса у подростков и молодых людей<sup>37,38,73</sup>.

## МЕТОДЫ

### Участники

Участники исследования набирались из Boricua Youth Study \*(*Boricua Youth Study, BYS – эпидемиологическое исследование, посвященное оценке психического здоровья в выборке из пуэрториканской молодежи. Направлено на понимание жизненного опыта пуэрториканцев в США и Пуэрто-Рико. Первое исследование начато в 2001 г. – прим. редактора*), лонгитюдного исследования, в котором сбор данных проводился в четыре волны, на случайной выборке пуэрториканцев (в возрасте от 5 до 13 лет на момент Волны 1). Дизайн исследования предполагает его репрезентативность относительно пуэрториканской молодежи, проживающей в Южном Бронксе (в качестве национального меньшинства) и в столичном районе Сан-Хуан в Пуэрто-Рико (в качестве национального большинства), согласно Переписи Населения США от 2000 года. В исследование включались дети (в том числе проживающие в одном доме, вплоть до трех) пуэрториканского происхо-

ждения, то есть, по крайней мере, один из биологических родителей идентифицировал себя как пуэрториканец<sup>74-76</sup>: всего до 2491 человек (1353 из Пуэрто-Рико и 1138 из Южного Бронкса) в Волну 1.

После первичного обследования каждый ребенок и один из родителей в течение двух лет ежегодно проходили повторную оценку, итоговый набор данных включал три точки (Волны 1-3, 2001-2004 год). С апреля 2014 г. по август 2017 г. участников приглашали поучаствовать на интервью Волны 4, в итоге участие в исследовании приняли 2004 человека от 15 до 29 лет (чувствительность с поправкой на пригодность = 82,8%).

Из обследования Волны 4 исключались молодые люди, которые, со слов родственников, имели когнитивные или неврологические нарушения, умершие или находящиеся в тюрьме на момент сбора данных (30 участников из Южного Бронкса и 40 из Пуэрто-Рико). Наиболее частым поводом для исключения из исследования была смерть участника. Также из исследования были исключены участники, у которых отсутствовали данные первичного обследования или имелся диагноз БДР или ГТР с детского возраста согласно оценкам Волн 1-3 по данным Диагностического Интервью для Детей IV (Diagnostic Interview Schedule for Children-IV, DISC-IV)<sup>77</sup> (N=68).

### Измерения

Демографические данные (возраст и пол участника, возраст матери, образование родителей, доход семьи) собраны со слов родителей во время исследования Волны 1.

Для изучения объективных данных о средовом контексте во время Волны 3 использовались данные Переписи населения за 2000 г. и American Community Survey (Исследование Американского сообщества): на уровне блока группы данных Переписи рассчитывалась доля живущих за чертой бедности, семей, где детей до 18 лет воспитывают матери-одиночки, переехавших менее 5 лет назад; жителей латиноамериканского происхождения. С данными переписи сопоставлялись данные полиции о преступности в районе, в качестве показателя преступности использовалась частота убийств. Именно этот показатель был выбран в связи с тем, что другие (нападения, грабежи, изнасилования) подвержены вариациям в обращениях жертв и имеют разное определение в разных городах.

Субъективная характеристика средового контекста получена со слов детей и их родителей. Мы оценивали четыре показателя: характеристика района со слов родителей, наблюдение за порядком на территории района со слов родителей, опыт, связанный с насилием, со слов детей, наблюдение родителей за детьми со слов родителей. Характеристика района включала имеющиеся с точки зрения родителей проблемы, такие как безработица, преступность и загрязнение среды. Под наблюдением за порядком на территории района имелась в виду склонность жителей обращать внимание и вмешиваться в ситуации, связанные с угрозой безопасности или проблемным поведением, которое может повлиять на детей. Подверженность насилию – континуальная величина, которая оценивалась на основе самоотчета детей о вовлеченности в события, связанные с насилием (для каждого события ребенок должен был ответить на вопрос, становился ли он/она непосредственным свидетелем насилия, видел или слышал, что подобные события происходили с кем-то, рассчитывалась взвешенная сумма, в которой больше баллов начислялось за случаи прямого взаимодействия, и этот показатель в дальнейшем использовался для анализа). Показатель родительского наблюдения отражал, как родители, по собственным оценкам, следят за ребенком (непосредственно видят его, договариваются об определенном времени возвращения домой).

Культурный контекст в исследовании Волны 3 оценивался по двум переменным: уровень культурной адаптации со слов детей (например, предпочтительный язык общения, этническая принадлежность близких друзей, национальная гордость) и семейственность со слов родителей (культурная ценность, которая придается отношениям в рамках семьи и совместному времяпрепровождению). Стресс меньшинств в исследовании Волны 3 мы характеризовали с использованием модуля культурного стресса, включающего три переменных: дискриминация в районе проживания – со слов родителей и детей, семейный культурно обусловленный стресс – со слов родителей, социальный культурно обусловленный стресс (проблемы из-за недостаточного владения английским языком, пуэрториканского происхождения, ощущение своей чуждости в Пуэрто-Рико или в США).

Социальный контекст, в котором воспитывались дети, в ходе Волны 3 оценивался на основании теплоты в отношениях с матерью, качества детско-родительских отношений и уровня социальной поддержки со слов родителей, а также уровня социальной поддержки и качества отношений со сверстниками со слов детей.

Также учитывались дополнительные психологические факторы риска: депрессия у матери (со слов родителей, на протяжении последнего года до момента опроса), психопатологическая отягощенность в целом со слов родителей (депрессия, суицидальные попытки, злоупотребление психоактивными веществами), перенесенные стрессовые события со слов детей (например, смерть близких).

В качестве потенциальных опосредующих факторов рассматривались также некоторые культуральные переменные, которые оценивались в позднем подростковом или раннем взрослом возрасте в рамках Волны 4. Сюда относятся две характеристики социального контекста по оценкам детей (семейственность и национальная идентичность) и шесть характеристик для оценки стресса, также со слов детей (несправедливое обращение, культуральный стресс, межкультурный конфликт, стресс меньшинств, сверхбдительность, дискриминация в районе проживания).

В качестве переменных, отражающих исход, в исследовании Волны 4 мы использовали наличие диагноза БДР и ГТР на протяжении жизни и за последний год, наличие СТР на протяжении жизни, а также симптомы психологического дистресса за последние 30 дней. Диагнозы БДР и ГТР основывались на результатах Комплексного Международного Диагностического Интервью (Composite International Diagnostic Interview, CIDI)<sup>79</sup>. СТР на протяжении жизни оценивались как сумма баллов по разделам тревоги и депрессии в CIDI. Симптомы психологического дистресса за последние 30 дней оценивались по шкале K-10<sup>80</sup>.

### Статистический анализ

Нескорректированную распространенность БДР, ГТР, СТР и симптомов психологического дистресса среди молодежи Южного Бронкса и Пуэрто-Рико мы оценивали в Волну 4.

В дальнейшем мы оценивали скорректированные различия с учетом данных о равновесности выборки, полученных из Bogica Youth Study, и затем скорректировали наши данные на основании имеющихся цифр весовой склонности. Вес выборки рассчитывался с вероятностью что семьи и отдельные участники, будут отобраны согласно определенному плану выборки для соответствующего региона, а в дальнейшем стратифицированы для отражения возрастной и половой структуры пуэрториканской молодежи с опорой на данные американской Переписи населения за 2000 год; также учитывались отказ от участия в исследовании и отсеив участников в Волне 4. С учетом этих данных выборки были в дальнейшем реструктуризованы, так

чтобы от обоих регионов в исследовании участвовали примерно равные и взвешенные выборки. В последней коррективке использовалась прогнозируемая вероятность (или показатель склонности) жизни в Пуэрто-Рико или Южном Бронксе с использованием базового возраста молодежи, пола, материнского возраста и образования матери для учета базовых различий. Этот подход имитирует случайное назначение участников для проживания в одном или другом месте. Для оценки изначальных различий между этими группами мы использовали регрессионную модель в отношении каждой из переменных с использованием характеристик, полученных при первичном обследовании. Мы подобрали линейные взвешенные модели для непрерывный исход и логит-модели к бинарным исходам, логит-модели для бинарных результатов и использовали устойчивые к гетероскедастичности кластерные стандартные ошибки для учета корреляций в семьях и между соседями.

Потенциальные механизмы выявленных различий мы определяли с помощью интегративной модели Garcia-Coll<sup>27</sup>. Как уже говорилось, мы сосредоточились на четырех возможных механизмах: средней и социальной контекст (объективные характеристики и субъективный опыт проживания в конкретном районе), культурный контекст и факторы стресса меньшинств (культурный стресс, культурная адаптация, опыт дискриминации), взаимоотношения с родителями и сверстниками (социальная поддержка, родительская забота), личные и семейные факторы уязвимости (психические отклонения у родителей, подверженность ребенка неблагоприятному воздействию)<sup>37,38,73</sup>.

Для исследования потенциальных механизмов, обуславливающих различия пациентов из разных регионов, использовался анализ медиации, в качестве первого этапа выступал путевой анализ для сужения спектра возможных медиаторов. Чтобы оценить прямой эффект статуса меньшинства и все не прямые/опосредованные эффекты Мы оценивали в каждом случае и для каждого исхода опосредованный эффект, а также применяли контрфактуальный подход для оценки прямого эффекта статуса меньшинства и всех не прямых/опосредованных эффектов. Для стратификации и генерации повторной выборки по сравнению с данными изначального исследования, мы реструктурировали выборку бустрэйп-методом, а в дальнейшем использовались условно предсказанные данные, чтобы обойти ограничения вычислительных методов, связанные с симуляцией одновременно условно предсказанной и бустрэйп-выборки. Дальнейшие подробности вычислений и методов анализа доступны по запросу.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

В целом, 2004 юных участника исследования (921 из Южного Бронкса, 1083 из Пуэрто-Рико) и 1080 опекунов (490 из Южного Бронкса и 690 из Пуэрто-Рико) прошли интервью Волны 4. Среди соответствующих критериям включения участников Волны 1, полноценное обследование прошли 82,8% молодых людей и 73,6% из опекунов. Из исследования были исключены 68 участников, которые соответствовали критериям депрессивного или тревожного расстройства на момент обследования Волн 1-3, а также 73 участника, у которых отсутствовали данные первичного обследования, в результате выборка составила 1863 человека.

Как показано в Таблице 1, нескорректированная распространенность БДР, ГТР, СТР и психологического дистресса в Южном Бронксе была выше, чем в Пуэрто-Рико (пять из шести отличий были статистически значимы, одно не достигло статистически значимого уровня), несмотря на то, что уровни распространенности БДР и ГТР в исследованиях Волн 1-3 были примерно одинаковы (данные

Таблица 1. Демографические сведения, скорректированные и нескорректированные различия в исходе у молодых людей из Пуэрто-Рико и Южного Бронкса.				
	Всего N=1863	ПП (N=1018)	ЮБ (N=848)	P
Волна 1, демографические показатели				
Возраст				
5-9 лет (%)	53,3	53,8	52,7	0,662
10+ лет (%)	46,7	46,2	47,3	
Пол				
Мужчины (%)	51,4	51,6	51,2	0,877
Женщины (%)	48,6	48,4	48,8	
Возраст биологической матери (годы, средний)	34,4	34,7	34,1	0,166
Уровень образования биологической матери				
Ниже среднего (%)	33,8	23,5	46,2	<0,001
Среднее, среднее техническое и выше (%)	66,2	76,5	53,8	
Нескорректированные уровни распространенности, Волна 4				
Диагноз БДР на протяжении жизни (%)	13,8	11,8	16,2	0,017
Диагноз ГТР на протяжении жизни (%)	4,1	2,6	5,9	<0,001
Диагноз БДР за последние 12 мес. (%)	8,2	7,0	9,6	0,066
Диагноз ГТР за последние 12 мес. (%)	2,2	1,1	3,6	<0,001
Симптомы тревоги и депрессии (в среднем)	4,8	4,1	5,7	0,002
Симптомы К10 (в среднем)	15,0	14,2	15,9	<0,001
Скорректированные уровни распространенности, Волна 4				
Диагноз БДР на протяжении жизни (%)	13,9	11,9	16,2	0,059
Диагноз ГТР на протяжении жизни (%)	4,0	2,4	5,9	<0,001
Диагноз БДР за последние 12 мес. (%)	8,2	6,9	9,6	0,084
Диагноз ГТР за последние 12 мес. (%)	2,2	1,0	3,6	0,001
Симптомы тревоги и депрессии (в среднем)	4,8	4,1	5,7	0,005
Симптомы К10 (в среднем)	15,0	14,3	15,9	<0,001
Скорректированные уровни распространенности основаны на средневзвешенных оценках склонности. БДР – большое депрессивное расстройство, ГТР – генерализованное тревожное расстройство, К10 – шкала Кесслер-10.				

доступны по запросу). Уровни риска тревожных и депрессивных расстройств варьировались от 3,3 (ГТР за последний год) до 1,4 (БДР на протяжении жизни). В таблице 1 также отражено, что на момент первичного осмотра участники обеих групп имели сходное распределение по возрасту, полу, возрасту матери, однако отличались по уровню образования матери (в случае детей из Южного Бронкса он был ниже).

После корректировки по оценкам склонности выборки остались в целом уравновешенными, однако в отношении распространенности БДР на протяжении жизни ( $p=0,059$ ) и БДР за последний год ( $p=0,084$ ) результат не достиг статистически значимого уровня. Однако, учитывая тенденцию к различиям в зависимости от места жительства в этом случае, мы все-таки включили их в последующий анализ медиации, чтобы не упустить из вида возможные эффекты небольшого размера<sup>83</sup>.

Чтобы определить, объясняет ли стресс меньшинств более высокий риск тревоги и депрессии, мы протестировали целый ряд медиационных моделей, согласно протоколу, изложенному выше. Как показано в таблице 2, из 35 переменных 23 отмечалась значимо зависела от места проживания. Условия, в которых воспитывались дети из Южного Бронкса в младшем школьном и раннем подростковом возрасте, значимо отличались от условий для детей из Пуэрто-Рико: они чаще переезжали и часто проживали с матерью-одиночкой. Также родители из Южного Бронкса сообщали о худших условиях в районе проживания: средовых характеристиках и уровне контроля безопасности, а сами такие родители больше непосредственно следили за детьми. Совпало с характеристикой родителей и мнение детей: проживающие в Южном Бронксе чаще сообщали о столкновении с насилием. Как дети, так и

родители в Южном Бронксе отметили низкий уровень социальной поддержки. Кроме того, у детей из Южного Бронкса отношения со сверстниками были хуже. Родители, проживающие в Южном Бронксе, сообщили о более низком уровне семейственности, более высоком уровне дискриминации и семейного культурного стресса. В раннем взрослом возрасте респонденты из Южного Бронкса чаще сталкивались с межкультурными конфликтами, дискриминацией по месту жительства, стрессом меньшинств и несправедливым обращением, чем участники из Пуэрто-Рико. Также они сообщали о более низких уровнях семейственности и слабой национальной идентичности, по сравнению с пуэрториканскими респондентами.

В Таблице 3 отражены все значимые опосредующие факторы, выявленные в исследовании Волны 3. Отношения между статусом национального меньшинства и более высокими уровнями психологического дистресса, выявленные в исследованиях Волны 4, частично опосредованы большей мобильностью резидентов (медиационный эффект 0,31, 95% CI: 0,03-0,63) и частым столкновением с насилием (медиационный эффект: 0,14, 95% CI: 0,02-0,29) для проживающих в Южном Бронксе. Меньшая социальная поддержка от семьи и друзей в случае жителей Южного Бронкса опосредовала связь между статусом национального меньшинства и диагнозом БДР, СТД и психологическим дистрессом за последний год по результатам исследования Волны 4.

По данным Волны 4 мы провели дополнительный анализ медиации. Как показано в Таблице 4, межкультурный конфликт (непрятие американского образа жизни участниками латиноамериканского/пуэрториканского происхождения) опосредовал больший риск ГТР на протяжении жизни (медиационный эффект 0,11, 95% CI: 0,04-0,25) и за

Таблица 2. Факторы, опосредующие исходы психического состояния в Волне 4, согласно результатам путевого анализа (N=1863)	
Опосредующие факторы	Различия между ЮБ и ПР (β SE)
Демографические данные первичного обследования	
Волна 1, образование со слов родителей: среднее и выше	-0,11 (0,03)***
Данные о сообществе, где воспитывался ребенок (объективные данные)	
Доля семей, где ребенок младше 18 лет воспитывается матерью-одиночкой	0,22 (0,01)***
Доля семей, переехавших в последние 5 лет	0,10 (0,01)***
Доля жителей латиноамериканского происхождения	-0,33 (0,02)***
Частота убийств на 2002 год	-0,08 (0,02)***
Данные о сообществе, где воспитывался ребенок (со слов участника)	
Волна 3: характеристики района со слов родителей	4,59 (1,19)***
Волна 3: наблюдение за порядком в районе со слов родителей	-1,71 (0,31)***
Волна 3: наблюдение родителей за детьми (со слов родителей)	0,57 (0,15)***
Волна 3: опыт, связанный с насилием (со слов детей)	1,82 (0,24)***
Социальный контекст в детском возрасте	
Волна 3: социальная поддержка (со слов родителей)	-0,39 (0,04)***
Волна 3: социальная поддержка (со слов ребенка)	-0,17 (0,03)***
Волна 3: отношения со сверстниками (со слов ребенка)	-0,59 (0,06)***
Культурный контекст и стресс меньшинств в детском возрасте	
Волна 3: семейственность (со слов родителей)	-0,10 (0,04)**
Волна 3: дискриминация (со слов родителей)	0,55 (0,12)***
Волна 3: семейный культурный стресс (со слов родителей)	0,63 (0,19)**
Волна 3: общественный культурный стресс (со слов детей)	-0,93 (0,08)***
Волна 3: культурная адаптация (со слов детей)	1,88 (0,03)***
Культурный контекст и стресс меньшинств в молодом возрасте	
Волна 4: межкультурный конфликт (со слов детей)	0,49 (0,11)***
Волна 4: дискриминация в районе проживания (со слов детей)	4,38 (0,47)***
Волна 4: стресс меньшинств (со слов детей)	2,35 (0,24)***
Волна 4: несправедливое обращение (со слов детей)	0,49 (0,11)***
Волна 4: семейственность (со слов детей)	-0,52 (0,24)*
Волна 4: этническая идентичность (со слов детей)	-1,15 (0,12)***
Изложены только значимые опосредующие факторы с $p < 0,05$ , ЮБ – Южный Бронкс, ПР – Пуэрто-Рико, * $p < 0,05$ , ** $p < 0,01$ , *** $p < 0,001$	

последний год (медиационный эффект: 0,18, 95% CI: 0,06-0,39) для жителей Южного Бронкса. Фактически, более выраженный межкультурный конфликт и дискриминация в районе проживания со слов детей позволили объяснить различия в показателях исхода в Волне 4 между респондентами из Южного Бронкса и Пуэрто-Рико. Увеличение стресса меньшинства (восприятие негативного отношения соседей / отношение к меньшинствам), более слабая этническая идентичность и более несправедливое отношение (восприятие негативного отношения соседей / отношение к себе) среди молодежи Южного Бронкса частично объясняют влияние статуса меньшинства на некоторых, но не все, из рассмотренных результатов.

Наконец, мы исследовали сочетанные эффекты одновременно нескольких опосредующих факторов волны 4 на отношения между местом проживания с одной стороны, и ГТР, СТД и психологическим дистрессом – с другой. Для распространенности ГТР на протяжении жизни, 21% от общего эффекта места проживания был обусловлен одновременным влиянием межкультурного конфликта и дискриминации в районе проживания. Для ГТР за последний год 30% эффекта были опосредованы взаимодействием таких факторов, как межкультурный конфликт, стресс меньшинств и дискриминация в районе проживания. И для ГТР на протяжении жизни, и за последний год, самым массивным был эффект дискриминации в районе проживания. Для СТД и психологического дистресса различия в зависимости от места проживания не проявлялись, если анализ учитывал все пять опосредующих факторов, при этом по

большой части эффект создавали межкультурный конфликт и дискриминация по месту проживания.

Среди условий проживания в Южном Бронксе мы также выявили протективные факторы, без влияния которых эффект статуса национального меньшинства предположительно был бы больше. Например, высокие уровни культурной адаптации, о которых молодые люди сообщали в исследовании Волны 3, в период Волны 4 снижали вероятность диагноза БДР за последний год ( $b = -0,37$ ,  $p < 0,05$ ) и демонстрировали положительную корреляцию со статусом национального меньшинства ( $a = 1,88$ ,  $p < 0,001$ ). Непосредственный эффект статуса национального меньшинства увеличился, когда мы включили в анализ уровень культурной адаптации в качестве опосредующего фактора. Подобные протективные эффекты наблюдались для более низкого уровня убийств в окрестностях и большей доли домохозяйств, возглавляемых женщинами, по данным от молодежи в Южном Бронксе. Дальнейшие сведения доступны по запросу.

## ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, данное исследование – единственное за последнее время, которое включает четыре волны сбора данных на этнически гомогенной выборке из молодых людей, проживающих в разных условиях (одни составляют национальное меньшинство, а другие – большинство) и изучает потенциальный эффект статуса национального меньшинства и социального контекста на развитие интернализованных симптомов и расстройств в молодом воз-

<b>Таблица 3. Факторы Волны 3, опосредующие эффект статуса национального меньшинства относительно исходов по психическому состоянию в Волне 4.</b>						
	<b>БДР на протяжении жизни</b>	<b>БДР за последний год</b>	<b>ГТР на протяжении жизни</b>	<b>ГТР за последний год</b>	<b>СТД</b>	<b>K10</b>
С (отсутствие факторов)	0,22	0,21	0,98***	1,28***	1,20*	1,39***
Волна 3: доля семей, переехавших в последние 5 лет						
Эффект опосредования						0,31 (0,03-0,63)
А						0,09***
Б						3,45*
Волна 3: самоотчет детей об опыте столкновения с насилием						
Эффект опосредования						0,14 (0,02-0,29)
А						1,63***
Б						0,09*
Волна 3: Социальная поддержка со слов детей						
Эффект опосредования		0,08 (0,02-0,18)			0,18 (0,01-0,40)	
А		-0,17***			-0,17***	
Б		-0,46*			-1,04*	
Волна 3: отношения со сверстниками со слов детей						
Эффект опосредования		0,12 (0,01-0,26)			0,50 (0,17-0,83)	0,38 (0,20-0,58)
А		-0,59***			-0,59***	-0,59***
Б		-0,18*			-0,74**	-0,64***
Представлены нестандартизированные коэффициенты регрессии и 95% доверительные интервалы, скорректированные по искажениям. а – эффект независимой величины переменной (статус меньшинства) на опосредующий фактор; б – эффект опосредующего фактора, находящегося под действием независимой переменной, на зависимую переменную; с – эффект независимой переменной на зависимую переменную; БДР – большое депрессивное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; СТД – симптомы тревоги и депрессии; К-10 – шкала Кесслер-10. *p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001						

расте. Кроме того, это первое крупное лонгитюдное исследование, в котором сделана попытка лучше понять природу высокого риска психических отклонений у молодых людей, принадлежащих к этническому меньшинству, в период взросления.

Мы исследовали вопрос, существует ли и насколько велик вклад статуса национального меньшинства в формирование риска БДР, ГТР, СТД и психологического дистресса. Важность исследования в том, что риск расстройств в этом случае скорее не индивидуальный, а обусловлен средовым и социальным контекстом. Результаты исследования показывают, что дети, которые воспитывались в Южном Бронксе в статусе национального меньшинства, чаще сталкиваются с этой проблемой, чем их сверстники, которые выросли в статусе национального большинства в Пуэрто-Рико, несмотря на высокий уровень бедности в обоих регионах.

Наши данные подтверждают результаты других работ, предполагавших, что социальный стресс вследствие дискриминации и восприятия своего статуса в обществе как низкого, играет роль в развитии симптомов депрессии и тревоги в отдаленном периоде<sup>85</sup>. Однако наше исследование смещает фокус с индивидуального риска на социальный контекст, как перспективный объект вмешательства. Риск интернализованных расстройств повышается именно потому, что такие дети с ранних лет сталкиваются с предвзятым отношением вследствие негативного образа мигранта, хуже взаимодействуют со сверстниками и получают меньше социальной поддержки.

Выявленные особенности можно применить для реорганизации принимающей среды для мигрантов в детском возрасте: они подчеркивают важность позитивного отношения к молодым людям, поскольку в таких условиях они могут добиться успеха, несмотря на бедность в регионе. Опыт отстранения, а не интеграции людей с иной культу-

рой, языком/акцентом и физическими особенностями, чья адаптация по политическим, экономическим или социальным причинам затруднена, наносит ущерб обществу и создает высокий риск психических расстройств в дальнейшем.

Наши результаты подчеркивают важность отношений в обществе и социальной поддержки в детском возрасте, поскольку с этими факторами могут быть связаны менее благоприятные исходы, связанные со статусом национального меньшинства. Подтверждают это предположение и результаты более ранних исследований, которые показали, что отвержение в среде сверстников вносит вклад в формирование интернализованных симптомов, в то время как позитивные отношения в семье снижают риск такого исхода<sup>86,87</sup>. Молодые люди, происходящие из среды мигрантов, часто оказываются в ситуации, когда они не знают, кому можно доверять, таким образом, у них формируется склонность расценивать социальную обстановку как более угрожающую и соответствующе реагировать, что снижает вероятность благополучных отношений со сверстниками<sup>88</sup>. Несмотря на то, что ранее было выявлено позитивное влияние культурной динамики на психическое здоровье латиноамериканской молодежи, культурного ресурса не всегда достаточно, чтобы защитить юношей от последствий дискриминации в среде сверстников<sup>89</sup>. Низкое качество отношений со сверстниками у молодежи из Южного Бронкса может отражать недостаточно развитые социальные связи в конкретном сообществе или изоляцию индивидов, часто сталкивающихся с жестоким отношением<sup>90</sup>.

Также наши результаты позволяют сделать вывод, что неблагоприятные исходы по психическому здоровью опосредуют опыт столкновения с насилием в месте проживания и частые переезды. Сообщество, в котором распространено насилие, создает среду, в которой люди боятся выходить из дома и взаимодействовать с окружающими<sup>91</sup>.

Таблица 4. Факторы Волны 4, опосредующие влияние статуса меньшинства на исходы психического состояния в Волне 4 (N = 1863)						
	БДР на протяжении жизни	БДР за последний год	ГТР на протяжении жизни	ГТР за последний год	СТД	К10
С (отсутствие факторов)	0,22	0,21	0,98***	1,28***	1,20*	1,39***
Волна 4 межкультурный конфликт						
Эффект опосредования	0,13 (0,07-0,22)	0,13 (0,06-0,24)	0,11 (0,04-0,25)	0,18 (0,06-0,39)	0,67 (0,37-1,06)	0,46 (0,26-0,72)
А	0,48***	0,48***	0,48***	0,48***	0,48***	0,48***
Б	0,23***	0,21***	0,22***	0,29***	1,40***	0,96***
Волна 4 дискриминация среди соседей						
Эффект опосредования	0,21 (0,11-0,32)	0,21 (0,09-0,34)	0,19 (0,05-0,34)	0,25 (0,06-0,45)	1,00 (0,63-1,42)	0,80 (0,55-1,07)
А	4,42***	4,42***	4,42***	4,42***	4,42***	4,42***
Б	0,04***	0,04***	0,04**	0,04**	0,23***	0,18***
Волна 4 стресс меньшинства						
Эффект опосредования	0,11 (0,03-0,20)	0,16 (0,05-0,26)	-	0,17 (0,02-0,36)	0,49 (0,25-0,81)	0,61 (0,40-0,86)
А	1,26***	1,26***	-	1,26***	1,26***	1,26***
Б	0,09*	0,13**	-	0,14*	0,38***	0,48***
Волна 4 этническая идентичность						
Эффект опосредования	0,13 (0,02-0,24)	0,14 (0,02-0,26)	-	-	0,47 (0,09-0,84)	0,21 (0,01-0,43)
А	-1,23***	-1,23***	-	-	-1,23***	-1,23***
Б	-0,10*	-0,11*	-	-	-0,38**	-0,17*
Волна 4 несправедливое обращение						
Эффект опосредования	-	-	-	-	0,47 (0,08-1,25)	0,27 (0,04-0,76)
А	-	-	-	-	0,42***	0,42***
Б	-	-	-	-	1,10*	0,64*
Представлены нестандартизированные коэффициенты регрессии и 95% доверительные интервалы, скорректированные по искажениям. а – эффект независимой величины переменной (статус меньшинства) на опосредующий фактор; б – эффект опосредующего фактора, находящегося под действием независимой переменной, на зависимую переменную; с – эффект независимой переменной на зависимую переменную; БДР – большое депрессивное расстройство; ГТР – генерализованное тревожное расстройство; СТД – симптомы тревоги и депрессии; К-10 – шкала Кесслер-10. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001						

Это, в свою очередь, ограничивает возможность общаться со сверстниками и интегрироваться в социум. Немаловажно, что частота убийств в Южном Бронксе была ниже, чем в Пуэрто-Рико, и, если бы не это обстоятельство, можно предположить, что распространенность неблагоприятных исходов в Южном Бронксе была бы еще выше. Прочие факторы, характеризующие район проживания (например, уровень контроля безопасности), могут иметь протективное значение в юном возрасте, однако не оказывают значительного влияния на исходы по психическому состоянию у взрослых. Также и родительский контроль становится менее важным с возрастом, когда дети становятся более независимыми, и родители уже не способны обезопасить их от негативного отношения.

Межкультурный конфликт между подростками и их родителями выступал как значимый опосредующий фактор в формировании риска психических расстройств на всем протяжении исследования, повышая риск интернализованных симптомов<sup>92</sup>. Когда ребенок латиноамериканского происхождения воспитывается в среде, требующей адаптации к американским нормам, может возникнуть конфликт с родителями и другими членами семьи, которые предпочли бы сохранить пуэрториканские нормы и ценности. Культурная адаптация может помочь молодым людям приспособиться к нормам и ценностям, актуальным в данном социальном контексте, располагая к интеграции в

общество и большей социальной мобильности, однако в то же время создает напряженные отношения в семье. Однако, отношения между культурной адаптацией и психическим здоровьем трудно установить в их связи с условиями проживания, поскольку сущность адаптации в Пуэрто-Рико и США может отличаться. Как молодежь адаптируется в родной стране и в эмиграции и как этот процесс видоизменяется на разных этапах развития ребенка, помогут понять дальнейшие исследования.

В рамках нашей экологической перспективы, воспринимаемая дискриминация (дискриминация по месту проживания, стресс меньшинств, несправедливое отношение) и культурные факторы (национальная идентичность, межкультурный конфликт), выявленные в исследовании Волны 4, также объясняют различия в риске тревоги и депрессии в зависимости от места проживания. Связь между дискриминацией и интернализованными симптомами, возможно, объясняется физиологическими реакциями в ответ на стресс (активация гипоталамо-гипофизарной оси, повышенный уровень кортизола в крови<sup>40</sup>), которые наблюдаются также при тревоге и депрессии<sup>93</sup>. Хотя одновременный сбор данных об исходе и опосредующих факторах вызывает вопрос о направлении взаимосвязей между ними – например, молодые люди, которые в опросе Волны 4 продемонстрировали симптомы тревоги и депрессии, могут чаще сталкиваться с дискриминацией – более частое



выявление этого паттерна среди респондентов из Южного Бронкса наводит на соответствующие размышления. Таким образом, опыт дискриминации также вносит вклад в формирование психопатологического риска в ситуации национального меньшинства.

Также наши результаты предполагают, что поддержка родственников и сверстников действует как буферный механизм, сглаживающий влияние токсичного опыта дискриминации и опасений быть отверженным в случае национальных меньшинств<sup>91,94</sup>. Они могут давать индивиду ощущение собственной нужности, принадлежности к сообществу, и противодействовать в этом смысле негативному опыту. Внимания требуют также культурные факторы, поскольку межкультурный конфликт внутри семьи может нивелировать ее положительные свойства, важные в условиях ограниченной общественной поддержки. Для латиноамериканской молодежи семья часто служит единственным источником связей, идентичности и принадлежности к культуре, а разрыв семейных связей может привести к тому, что молодой человек будет чувствовать себя покинутым и ненужным<sup>95-97</sup>.

Нужно признать, что у исследования есть определенные ограничения. В первую очередь, это невозможность отделить эффекты статуса меньшинства от эффектов проживания в определенной местности, таким образом, необходимо подтверждение результатов на примере других регионов. Несмотря на то, что мы скорректировали выборки по возрасту, большой возрастной диапазон (15-29 лет) на момент Волны 4 может маскировать немаловажные взаимодействия возрастного фактора со статусом национально-меньшинства – этот вопрос будет изучен в последующих работах. Кроме того, на состояние участников могли повлиять социоэкономические изменения, происходившие в тот момент в стране. В период исследования в Пуэрто-Рико усугубился финансовый кризис, в Южном Бронксе, в связи с возросшей стоимостью жилья и проводимой программой реновации, увеличилась социальная мобильность. На момент Волны 4 исследования 90,9% выборки из Пуэрто-Рико продолжали проживать на острове, 85,8% выборки из Южного Бронкса также проживали в пределах 100 км от этого района.

Выявленные нами закономерности указывают на важность корректирующих воздействий в случае подростков их эмигрантской среды, сталкивающихся с опытом неприятия и дискриминации<sup>98</sup>. Они также подчеркивают важность социальной поддержки и отношений со сверстниками, что предполагает возможность вмешательства, направленного на борьбу с эпидемией тревоги и депрессии среди молодежи, которое осуществлялось бы не на уровне индивида, а на уровне сообщества<sup>91,99</sup>. Именно подходы общественного здравоохранения, а не клинической медицины, могли бы справиться с отвержением таких социальных групп, которое создает напряженную обстановку в обществе и дополнительные риски в сфере психического здоровья.

### Благодарности

Исследование поддержано US National Institutes of Health (грант № R01MH098374, R01MH56401, R01DA033172, R03AA020191, R01MD009719, K23MH112841 and T32MH019733) Содержание данной статьи отражает взгляды ее авторов и может не совпадать с мнением НИИ. Активное участие в написании статьи принимали N. Ali и S. McPeck из Disparities Research Unit of the Massachusetts General Hospital. Авторы также хотели бы поблагодарить всех ассистентов, участвовавших в сборе и обработке данных, и участников исследования, потративших время на участие в опросах.

### Библиография

1. Eurostat. Migration and migrant population statistics. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics>.
2. Pew Research Center. Immigration's impact on past and future U.S. population change. <http://www.pewhispanic.org>.
3. Contrada RJ, Ashmore RD, Gary ML et al. Measures of ethnicity-related stress: psychometric properties, ethnic group differences, and associations with well-being. *J Appl Soc Psychol* 2001;31:1775-820.
4. Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000;41: 295-313.
5. Klonoff EA, Landrine H, Ullman JB. Racial discrimination and psychiatric symptoms among Blacks. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 1999;5:329- 39.
6. Krieger N. Does racism harm health? Did child abuse exist before 1962? On explicit questions, critical science, and current controversies: an ecosocial perspective. *Am J Public Health* 2008;98(Suppl. 1):S20-5.
7. Mays VM, Cochran SD, Barnes NW. Race, race-based discrimination, and health outcomes among African Americans. *Annu Rev Psychol* 2007;58:201- 25.
8. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a metaanalytic review. *Psychol Bull* 2009;135:531-54.
9. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
10. Williams DR, Yu Y, Jackson JS et al. Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. *J Health Psychol* 1997;2:335-51.
11. Adegbenbo AO, Tomar SL, Logan HL. Perception of racism explains the difference between Blacks' and Whites' level of healthcare trust. *Ethn Dis* 2006;16:792-98.
12. Brondolo E, Brady N, Thompson S et al. Perceived racism and negative affect: analyses of trait and state measures of affect in a community sample. *J Soc Clin Psychol* 2008;27:150-73.
13. Inzlicht M, Aronson J, Mendoza-Denton R. On being the target of prejudice: educational implications. In: Butera F, Levine J (eds). *Coping with minority status: responses to exclusion and inclusion*. New York: Cambridge University Press, 2009:13-36.
14. McLaughlin KA, Hilt LM, Nolen-Hoeksema S. Racial/ethnic differences in internalizing and externalizing symptoms in adolescents. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:801-16.
15. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006;35:888-901.
16. Park IJ, Wang L, Williams DR et al. Does anger regulation mediate the discrimination- mental health link among Mexican-origin adolescents? A longitudinal mediation analysis using multilevel modeling. *Dev Psychopathol* 2017;53:340-52.
17. Lee M-J, Liechty JM. Longitudinal associations between immigrant ethnic density, neighborhood processes, and Latino immigrant youth depression. *J Immigr Minor Health* 2015;17:983-91.
18. Park IJK, Du H, Wang L et al. Racial/ethnic discrimination and mental health in Mexican-origin youths and their parents: testing the "linked lives" hypothesis. *J Adolesc Health* 2018;62:480-7.
19. Park IJK, Du H, Wang L et al. The role of parents' ethnic-racial socialization practices in the discrimination-depression link among Mexican-origin adolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* (in press).
20. Park IJK, Wang L, Williams DR et al. Coping with racism: moderators of the discrimination-adjustment link among Mexican-origin adolescents. *Child Dev* 2018;89:e293-310.
21. Schwartz SJ, Unger JB, Baezconde-Garbanati L et al. Longitudinal trajectories of bicultural identity integration in recently immigrated Hispanic adolescents: links with mental health and family functioning. *Int J Psychol* 2015; 50:440-50.
22. Sirin SR, Ryce P, Gupta T et al. The role of acculturative stress on mental health symptoms for immigrant adolescents: a longitudinal investigation. *Dev Psychol* 2013;49:736-48.
23. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.
24. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J Psychosom Res* 2006;60:113-24.
25. McEwen BS. Mood disorders and allostatic load. *Biol Psychiatry* 2003;54:200- 7.

26. Brody GH, Chen YF, Murry VM et al. Perceived discrimination and the adjustment of African American youths: a five-year longitudinal analysis with contextual moderation effects. *Child Dev* 2006;77: 1170-89.
27. Coll CG, Crnic K, Lamberty G et al. An integrative model for the study of developmental competencies in minority children. *Child Dev* 1996;67:1891-914.
28. Arañjo BY, Borrell LN. Understanding the link between discrimination, mental health outcomes, and life chances among Latinos. *Hisp J Behav Sci* 2006;28:245-66.
29. Lk Cook B, Carson N, Alegria M. Assessing racial/ethnic differences in the social consequences of early-onset psychiatric disorder. *J Health Care Poor Underserved* 2010;21(Suppl. 2):49-66.
30. Pérez DJ, Fortuna L, Alegria M. Prevalence and correlates of everyday discrimination among US Latinos. *J Community Psychol* 2008;36:421-33.
31. Clark R, Anderson NB, Clark VR et al. Racism as a stressor for African Americans: a biopsychosocial model. *Am Psychol* 1999;54:805-16.
32. King KR. Why is discrimination stressful? The mediating role of cognitive appraisal. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2005;11:202-12.
33. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* 2003;93:262-5.
34. Pachter LM, Bernstein BA, Szalacha LA et al. Perceived racism and discrimination in children and youths: an exploratory study. *Health Soc Work* 2010;35:61-9.
35. Williams DR, Lavizzo-Mourey R, Warren RC. The concept of race and health status in America. *Public Health Rep* 1994;109:26-41.
36. Alegria M, Shrout PE, Woo M et al. Understanding differences in past year psychiatric disorders for Latinos living in the US. *Soc Sci Med* 2007;65:214-30.
37. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al. Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:215-22.
38. Lieb R, Isensee B, Huffler M et al. Parental major depression and the risk of depression and other mental disorders in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59: 365-74.
39. Smith JR, Patton DU. Posttraumatic stress symptoms in context: examining trauma responses to violent exposures and homicide death among Black males in urban neighborhoods. *Am J Orthopsychiatry* 2016;86:212-23.
40. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003;93:200-8.
41. Beiser M, Hou F, Hyman I et al. Poverty, family process, and the mental health of immigrant children in Canada. *Am J Public Health* 2002;92:220-7.
42. Gutman LM, Sameroff AJ, Eccles JS. The academic achievement of African American students during early adolescence: an examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *Am J Community Psychol* 2002; 30:367-99.
43. Romón JD. Trying to fit an oval shaped island into a square constitution: arguments for Puerto Rican statehood. *Fordham Urb LJ* 2001;29:1681-713.
44. Wasniewski MA, Kowalewski A, O'Hara LT et al. Hispanic Americans in Congress, 1822-2012. Washington: Government Printing Office, 2013.
45. Canino G, Shrout PE, NeMoyer A et al. A comparison of the prevalence of psychiatric disorders in Puerto Rico with the United States and the Puerto Rican population of the United States. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54:369-78.
46. Deloitte. Data USA: Puerto Rico. <https://datausa.io/profile/geo/puerto-rico/?compare=united-states>.
47. Oropesa R, Landale NS, Greif MJ. From Puerto Rican to pan-ethnic in New York city. *Ethn Racial Stud* 2008;31:1315-39.
48. Wang Y, Rayer S. Growth of the Puerto Rican population in Florida and on the U.S. mainland. <https://www.bebr.ufl.edu/population/website-article>.
49. Sisk R. South Bronx is poorest district in nation, U.S. Census Bureau finds: 38% live below poverty line. <https://www.nydailynews.com>.
50. United States Census Bureau. Selected economic characteristics: Bronx county, New York. <https://factfinder.census.gov>.
51. United States Census Bureau. Selected economic characteristics: Puerto Rico. <https://factfinder.census.gov>.
52. Jass G, Massey DS. Immigrant health: selectivity and acculturation. London: Institute for Fiscal Studies, 2004.
53. González Burchard E, Borrell LN, Choudhry S et al. Latino populations: a unique opportunity for the study of race, genetics, and social environment in epidemiological research. *Am J Public Health* 2005;95:2161-8.
54. Rutter M, Nikapota A. Culture, ethnicity, society and psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;4:277-86.
55. Alegria M, Mulvaney-Day N, Torres M et al. Prevalence of psychiatric disorders across Latino subgroups in the United States. *Am J Public Health* 2007;97:68-75.
56. Roosa MW, White R, Zeiders KH et al. An examination of the role of perceptions in neighborhood research. *Am J Community Psychol* 2009;37:327-41.
57. Alegria M, Woo M, Cao Z et al. Prevalence and correlates of eating disorders in Latinos in the United States. *Int J Eat Disord* 2007;40(Suppl.):S15-21.
58. Canino GJ, Bird HR, Shrout PE et al. The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:727-35.
59. LaVeist TA. Disentangling race and socioeconomic status: a key to understanding health inequalities. *J Urban Health* 2005;82:iii26-34.
60. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:593-602.
61. Aneshensel CS, Wight RG, Miller-Martinez D et al. Urban neighborhoods and depressive symptoms among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62:S52-9.
62. Beard JR, Blaney S, Cerda M et al. Neighborhood characteristics and disability in older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009;64:252-7.
63. Buu A, Wang W, Wang J et al. Changes in women's alcoholic, antisocial, and depressive symptomatology over 12 years: a multilevel network of individual, familial, and neighborhood influences. *Dev Psychopathol* 2011;23:325-37.
64. Kubzansky LD, Subramanian S, Kawachi I et al. Neighborhood contextual influences on depressive symptoms in the elderly. *Am J Epidemiol* 2005; 162:253-60.
65. Matheson FI, Moineddin R, Dunn JR et al. Urban neighborhoods, chronic stress, gender and depression. *Soc Sci Med* 2006;63:2604-16.
66. Natsuaki MN, Ge X, Brody GH et al. African American children's depressive symptoms: the prospective effects of neighborhood disorder, stressful life events, and parenting. *Am J Community Psychol* 2007;39:163-76.
67. Ostir GV, Eschbach K, Markides KS et al. Neighbourhood composition and depressive symptoms among older Mexican Americans. *J Epidemiol Commun Health* 2003;57:987-92.
68. Ross CE. Neighborhood disadvantage and adult depression. *J Health Soc Behav* 2000;41:177-87.
69. Veenstra R, Lindenberg S, Oldehinkel AJ et al. Bullying and victimization in elementary schools: a comparison of bullies, victims, bully/victims, and uninvolved preadolescents. *Dev Psychol* 2005;41:672-82.
70. Vega WA, Ang A, Rodriguez MA et al. Neighborhood protective effects on depression in Latinos. *Am J Community Psychol* 2011;47:114-26.
71. Rutter M. Family influences on behavior and development: challenges for the future. In: McHale JP, Grolnick WS (eds). *Retrospect and prospect in the psychological study of families*. Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2002:321-51.
72. Taylor SE. Social support. In: Friedman HS, Cohen Silver R (eds). *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press, 2007:145-71.
73. Spence SH, Najman JM, Bor W et al. Maternal anxiety and depression, poverty and marital relationship factors during early childhood as predictors of anxiety and depressive symptoms in adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43:457-69.
74. Bird HR, Canino GJ, Davies M et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1032-41.
75. Bird HR, Shrout PE, Davies M et al. Longitudinal development of antisocial behaviors in young and early adolescent Puerto Rican children at two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:5-14.
76. Bird HR, Davies M, Duarte CS et al. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006;45:1042-53.

77. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP et al. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:28-38.
78. United States Census Bureau. U.S. Census and American Community Survey 2000. <https://www.census.gov>.
79. Kessler RC, Ёстын TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
80. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32:959-76.
81. VanderWeele TJ. Bias formulas for sensitivity analysis for direct and indirect effects. *Epidemiology* 2010;21:540-51.
82. VanderWeele TJ, Vansteelandt S. Conceptual issues concerning mediation, interventions and composition. *Stat Interface* 2009;2:457-68.
83. Shrout PE, Bolger N. Mediation in experimental and nonexperimental studies: new procedures and recommendations. *Psychol Methods* 2002;7:422-45.
84. Valeri L, VanderWeele TJ. Mediation analysis allowing for exposure-mediator interactions and causal interpretation: theoretical assumptions and implementation with SAS and SPSS macros. *Psychol Methods* 2013;18:137-50.
85. Cano MB, Castro Y, de Dios MA et al. Associations of ethnic discrimination with symptoms of anxiety and depression among Hispanic emerging adults: a moderated mediation model. *Anxiety Stress Coping* 2016;29:699-707.
86. Cotter KL, Wu Q, Smokowski PR. Longitudinal risk and protective factors associated with internalizing and externalizing symptoms among male and female adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev* 2016;47:472-85.
87. Moon SS, Rao U. Youth-family, youth-school relationship, and depression. *Child Adolesc Social Work J* 2010;27:115-31.
88. Chen E, Matthews KA. Cognitive appraisal biases: an approach to understanding the relation between socioeconomic status and cardiovascular reactivity in children. *Ann Behav Med* 2001;23:101-11.
89. Cavanaugh AM, Stein GL, Supple AJ et al. Protective and promotive effects of Latino early adolescents' cultural assets against multiple types of discrimination. *J Res Adolesc* 2017;28:310-26.
90. Carey DC, Richards MH. Exposure to community violence and social maladjustment among urban African American youth. *J Adolesc* 2014;37:1161-70.
91. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016;387:2423-78.
92. Smokowski PR, Rose RA, Bacallao M. Influence of risk factors and cultural assets on Latino adolescents' trajectories of self-esteem and internalizing symptoms. *Child Psychiatry Hum Dev* 2010;41:133-55.
93. Busse D, Yim IS, Campos B et al. Discrimination and the HPA axis: current evidence and future directions. *J Behav Med* 2017;40:539-52.
94. DeGarmo DS, Martinez CR. A culturally informed model of academic wellbeing for Latino youth: the importance of discriminatory experiences and social support. *Fam Relat* 2006;55:267-78.
95. Alarcyn RD, Parekh A, Wainberg ML et al. Hispanic immigrants in the USA: social and mental health perspectives. *Lancet Psychiatry* 2016;3:860-70.
96. Burgess RL, Garbarino J, Gilstrap B. Violence to the family. In: Callahan EJ, McCluskey KA (eds). *Life-span developmental psychology: nonnormative life events*. New York: Academic Press, 2013:193-213.
97. Santisteban DA, Suarez-Morales L, Robbins MS et al. Brief strategic family therapy: lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Fam Process* 2006;45:259-71.
98. Sawyer PJ, Major B, Casad BJ et al. Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. *Am J Public Health* 2012;102:1020-6.
99. Twenge JM, Gentile B, DeWall CN et al. Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007: a cross-temporal metaanalysis of the MMPI. *Clin Psychol Rev* 2010;30:145-54.

DOI:10.1002/wps.20671