

ВЗАИМОСВЯЗЬ РЕЛИГИОЗНОСТИ С АФФЕКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ  
И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ  
У ТРУДОВЫХ МИГРАНТОВ*Анатолий Александрович Овчинников<sup>1</sup>, Аклима Накиповна Султанова<sup>2</sup>**Новосибирский государственный медицинский университет,**<sup>1</sup>кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, <sup>2</sup>кафедра клинической психологии,  
630091, Новосибирск, Красный проспект, д. 52, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru*

Реферат. С использованием Миссисипской шкалы (гражданский вариант) и шкалы депрессивности Бека проведена оценка уровня симптомов посттравматического стрессового расстройства и депрессии среди трудовых мигрантов, соблюдающих каноны Ислама и мигрантов, ориентированных на западные ценности. Данные обследования 728 мигрантов выявили достоверные различия в уровне симптомов посттравматического стрессового расстройства и депрессии в двух вышеуказанных группах. Обнаружено благоприятное влияние религиозности, как своеобразного «антидепрессанта» в группе трудовых мигрантов, соблюдающих каноны Ислама. В то же время, религиозность в иной культуре, с иными религиозными устоями, не позволяющими мигранту полноценно удовлетворять свои духовные потребности, является стрессовым фактором, приводящим к развитию симптомов посттравматического стрессового расстройства. Авторы обращают внимание психотерапевтов на необходимости учета духовных, религиозных ценностей клиентов, как одного из важнейших факторов содействия и прогресса в психотерапии.

Ключевые слова: аффективные нарушения, посттравматическое стрессовое расстройство, трудовые мигранты, религиозность, Ислам, Миссисипская шкала, опросник депрессивности Бека, психическое здоровье мигрантов.

THE RELATIONSHIP OF RELIGIOSITY WITH AFFECTIVE  
DISORDERS AND POST TRAUMATIC STRESS DISORDER  
IN MIGRANT WORKERS

Anatoly. A. Ovchinnikov, Aklima .N.Sultanova

Novosibirsk State Medical University, <sup>1</sup>Department of psychiatry, narcology and psychotherapy, <sup>2</sup>Department of clinical psychology, Krasniy pr. 52, Novosibirsk, 630091, e-mail: sultanova.aklima@yandex.ru

With the use of the Mississippi Scale (civilian version) and Beck depression scale there was assessed the level of PTSD symptoms and depression among migrant workers who observe the canons of Islam and migrants of Western-oriented values. The survey data of 728 migrants revealed differences in the level of symptoms of PTSD and depression in the above two groups. It was found out that there is a favourable effect of religiosity as a kind of “antidepressant” in a group of migrant workers who observe the canons of Islam. At the same time, religiosity in a different culture, with different religious traditions, which do not allow migrants to fully satisfy their spiritual needs, is a stress factor leading to the development of PTSD symptoms. The authors draw attention of psychotherapists to the necessity of taking into consideration the spiritual and religious values of

customers as one of the major contributing factors and progress in psychotherapy.

Key words: affective disorders, Post Traumatic Stress Disorder, migrant workers, religiosity, Islam, the Mississippi Scale, The Beck Depression Inventory, migrants’ mental health.

Сложности социально-психологической адаптации трудовых мигрантов, приезжающих в Россию, связаны как с факторами группового уровня, например с политическим контекстом, экономической ситуацией и демографическими факторами, так и с факторами индивидуального уровня, в частности, с возрастом, полом, образованием, уровнем здоровья, языком, статусом, предварительной аккультурацией<sup>1</sup>, мотивами миграции, культурной дистанцией и религиозностью. Вышеназванные факторы являются стабильными, существуют до аккультурации и не могут быть изменены за счет социальной политики в обществе проживания мигранта. Люди вступают в процесс аккультурации с множеством личных характеристик. В мировой психологической литературе отмечается явная взаимосвязь возраста мигранта и успешности аккультурации [6, 8–10]; имеются существенные доказательства того, что женщины больше подвергаются проблемному риску, чем мужчины [11, 15–16]. Образование оказывается фактором, который ассоциируется с возможностью адаптации: высшее образование предполагает более низкий уровень стресса [6, 18]; однако имеются лишь немногочисленные исследования, изучающие влияние религиозной принадлежности на успешность процесса адаптации. Религия – это один

<sup>1</sup>Аккультурация – это одновременно процесс и результат взаимного влияния разных культур, при котором все или часть представителей одной культуры (реципиенты) перенимают нормы, ценности и традиции другой (у культуры-донора).

из регулирующих факторов, предшествующих аккультурации.

В XXI веке мусульманское население в России растет за счет мигрантов. Ислам – это образ жизни людей, формирующий взгляды, отношения между людьми. Основная часть мигрантов, приезжающих в Россию, – это мигранты из Таджикистана [24]. Более одного миллиона таджикских граждан работает за пределами их страны. Среди мигрантов большинство мужчин (80%), состоящих в браке (70%), и в возрасте от 30 до 40 лет [32].

Исследователи из Афганистана, будучи свидетелями ужасов и трагедий войны в этой стране размышляют о том, что тот часто спектр неблагоприятных факторов, который пришлось пережить афганскому населению (разрушение инфраструктуры, травмирующие события, политические и идеологические обязательства) проявляется в широком распространении симптомов посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у населения страны. Проанализировав огромный массив исследований, ученые пришли к выводу, что у афганского народа обнаружилось защитные механизмы, которые, возможно, и позволили им пережить, а впоследствии справиться с многочисленными проблемами. Этими защитными механизмами являются абсолютная вера в Аллаха (Бога), семейная поддержка и, конечно же, общественная поддержка [21].

Ученые утверждают, что медитация и молитвы очень полезны для верующего и играют роль профилактического и терапевтического средства при тяжелых стрессовых ситуациях. И, если у изначально верующего человека, соблюдающего основные каноны религии, терапевт замечает отсутствие стремления к молитве, то это один из симптомов стресса, а также причинный фактор более глубокого чувства вины. Религиозные аспекты имеют важное значение для повседневной жизни мусульман. Омовение, которое предшествует пятиразовой молитве, преследует цель очистки тела, причем больше не физической, а духовной очистке. То есть верующий заботится о себе, так как тело – это Божий дар. Отмечается, что этот факт можно использовать при работе с пациентами, проявляющими симптомы ПТСР, а также депрессии и суицидальные реакции [22, 23].

Очевидно, что мигранты, попадая в иную культурную среду, проходят этап преодоления стрессов. Исследователи выявили факторы уязви-

мости [24, 25], которые чаще вызывают симптомы ПТСР:

- возраст (подростковый возраст, или отрочество, в большей мере влияет на возникновение психических расстройств);
- отрыв от «дорогих» мест, объектов, разлука с близкими людьми;
- потеря привычных ролей и их идентификации;
- стресс или травмы до миграции, которые зависят от политической и социальной ситуации в стране выхода;
- отдельные (субъективно важные для мигранта) аспекты миграционного процесса;
- отсутствие поддержки со стороны представителей своей культуры в стране прибытия;
- негативное отношение коренного населения принимающей страны, дискриминация мигрантов;
- языковой барьер;
- «культурный шок», вызванный неадекватностью декодификации культурных символов (уровень шока прямо пропорционален «культурному расстоянию» между принимающей страной и страной выхода) и стресс аккультурации;
- плохие социально-экономические условия в принимающей стране.

Наряду с факторами «уязвимости» были предложены факторы защиты [25]: социальная поддержка, социальная интеграция, сохранение культурной самобытности и традиционных культурных обычаев (ритуалы, язык, религиозные обряды, традиционные виды деятельности).

Однако религия несет функцию фактора защиты, если она приемлема в данной стране, если исполнение религиозных традиций не играет роль дополнительного стрессора, то есть если религиозная принадлежность мигранта совпадает с общепринятой религией принимающей страны.

В иностранной литературе последних лет имеется достаточно работ, доказывающих влияние миграционного фактора, как одного из серьезных стрессовых факторов, на развитие симптомов ПТСР [26, 27, 32, 33]. Однако остается неизвестным влияние религиозности мигрантов на развитие симптомов посттравматического стрессового расстройства.

Целью настоящего исследования явилось сравнение частоты развития симптомов ПТСР и аффективных нарушений (депрессии) у

мигрантов, соблюдающих религиозные каноны (Ислам) и нерелигиозных мигрантов (верующие в Аллаха, но не соблюдающие религиозных канонов в России). Задачи: установить взаимосвязь между частотой развития симптомов ПТСР и аффективных нарушений (депрессии) у мигрантов, соблюдающих религиозные каноны (Ислам) и нерелигиозных мигрантов.

базу данных и подвергнуты статистической обработке. Статистическое сравнение средних показателей в двух параллельных группах осуществлялся с использованием непараметрического критерия Уилконсона–Манна–Уитни, с помощью которого анализировалась значимость различий двух групп по среднему значению показателя. Для оценки достоверности различий параметров по выбо-

Таблица 1

Средние значения и стандартные отклонения в исследуемых группах по результатам Миссисипской шкалы (гражданский вариант) и опросника депрессивности Бека

	ПТСР			Депрессия		
	М	SD	N	М	SD	N
Религиозные мигранты	100,2	3,5	53	2,9	2,6	53
Нерелигиозные мигранты	72,1	11,9	675	9,3	4,7	675
Все мигранты	74,1	13,7	728	8,8	4,8	728

М – средние, SD – стандартное отклонение, N – число обследованных в группе.

Было проведено скрининговое исследование трудовых мигрантов на базе УФМС по Новосибирской области в количестве 728 человек. В данную выборку вошли мигранты, приехавшие из Таджикистана – 361 человек, Узбекистана – 206, Кыргызстана – 87 и Казахстана – 74. Средний возраст на момент миграции в выборке трудовых мигрантов у мужчин составил  $44,4 \pm 1,47$  года, женщин –  $41,38 \pm 1,4$  года. Во время анкетирования была выделена группа мигрантов, соблюдающих религиозные традиции. Критериями включения в данную группу явилось исполнение пятиразовой молитвы, посещение мечети для общинного проведения пятничной молитвы, пост в месяц Рамадан, взаимоотношения между родителями и детьми, халяль пища, одежда женщин. Количество респондентов в этой группе – 53 человека, гендерный состав представлен в преобладающем большинстве мужчинами (51 человек). Группа сравнения (мигранты, которые не соответствовали критериям включения в основную группу) составила 675 человек, из них 579 мужчин и 53 женщины. Симптомы ПТСР изучались с помощью Миссисипской шкалы (гражданский вариант), депрессивные состояния диагностировались с помощью опросника депрессивности Бека [3].

Математико-статистический анализ и обработка данных проводилась с использованием пакета статистических программ «Statistica 6.0». Полученные результаты были сгруппированы в

рочным данным в отношении количественных показателей принимались во внимание три уровня значимости: 5% (вероятность ошибочной оценки  $p=0,05$ ), 1% ( $p=0,01$ ) и 0,1% ( $p=0,001$ ). Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r$ ). Данный коэффициент показывает направление и степень выраженности взаимосвязи двух признаков и позволяет определить связи, существующие между переменными случайными величинами, при этом каждому значению одной из величин соответствует групповая средняя другой величины. Корреляционный анализ сводился к установлению формы и направленности существующих между ними связей, а также к измерению степени сопряженности между изменяющимися признаками с последующей оценкой достоверности эмпирических показателей корреляции. Корреляционная связь по степени силы условно классифицировалась как сильная (при коэффициенте корреляции  $\geq 0,70$ ), средняя ( $r=0,50-0,69$ ), умеренная ( $r=0,30-0,49$ ), слабая ( $r=0,20-0,29$ ) или очень слабая ( $r<0,19$ ) [1, 2].

В результате исследования установлено, что у мигрантов, соблюдающих религиозные обычаи, средние значения уровня симптомов ПТСР по Миссисипской шкале (гражданский вариант) выше, чем в группе нерелигиозных мигрантов, а уровень депрессивной симптоматики – ниже (табл.1).

Таблица 2

Результаты корреляционного анализа среди мигрантов

Показатели	Число обследованных в группе	Коэффициент Спирмена (r)
Депрессия у всей группы & ПТСР у всей группы	728	0,7*
Депрессия у нерелигиозных мигрантов & ПТСР у нерелигиозных мигрантов	675	0,6*
Депрессия у религиозных мигрантов & ПТСР, у религиозных мигрантов	54	0,2**

\*p≤0,01; \*\*p=0,03

Также изучена взаимосвязь уровня симптомов ПТСР и депрессии во всех группах (табл. 2).

Для установления различий по преобладанию изучаемых факторов использовался U-критерий Манна–Уитни. Между выборками мигрантов, соблюдающих религиозные каноны и нерелигиозными мигрантами различия в уровне симптомов ПТСР и депрессии высокосignимы. Показатель уровня ПТСР в группе религиозных мигрантов был выше, чем в группе нерелигиозных мигрантов (100,2±3,5 vs 72,1±11,9, U= 295,0; p=0,004). Показатель же уровня депрессии был достоверно ниже в группе религиозных мигрантов, чем в группе нерелигиозных (2,9±2,6 vs 9,3±4,7, U=2641,0; p=0,0001 (рис. 1).

Средние значения/стандартные отклонения в исследуемых группах по результатам Миссисипской шкалы (гражданский вариант) и опросника депрессивности Бека  
Mean; Box: Mean±SD; Whisker: Mean±1,96\*SD

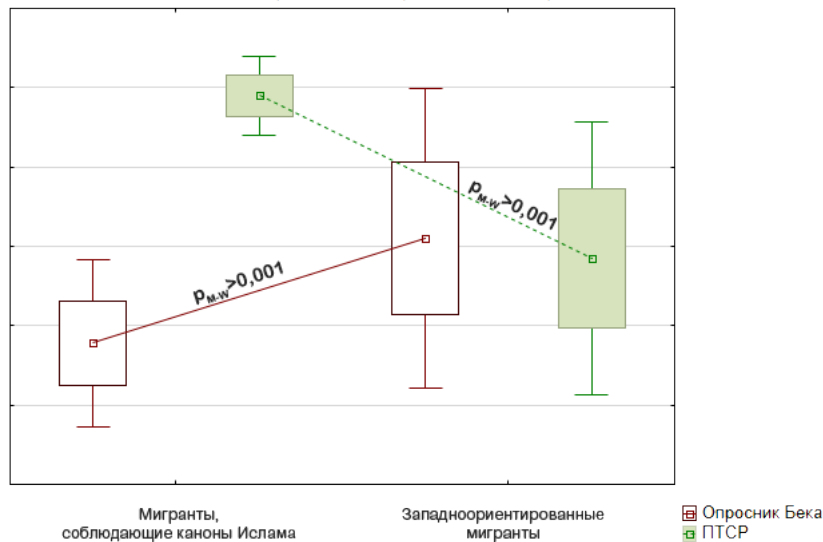


Рис.1. Сравнительный анализ средних значений по результатам Миссисипской шкалы (гражданский вариант) и опросника депрессивности Бека.

Изучение результатов по Миссисипской шкале показало, что мигранты, соблюдающие религиозные традиции, по уровню ПТСР к «ликвидаторам»<sup>1</sup> (99,44±17,06) и «беженцам»<sup>2</sup> (105,14±14,90) (по данным Тарабриной Н.В. [3]).

<sup>1</sup>Ликвидаторы – это группа мужчин 25–50 лет (n=71), участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, не страдавшие лучевой болезнью и органическими поражениями головного мозга

<sup>2</sup>Беженцы – это лица, вынужденно изменившие место проживания (в возрасте от 18 до 66 лет) из зон локальных военных конфликтов (Чечня, Таджикистан, Молдавия), межнациональной напряженности и дискриминации со стороны властей (республики Прибалтики и Средней Азии, Азербайджан).

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлено, что мигранты, соблюдающие каноны Ислама на территории с иной доминирующей религией и культурой, испытывают высокий уровень стрессовых факторов. Стрессом становится зачастую невозможность соблюдать пятиразовую молитву, посещать мечеть в пятницу, выдерживать пост в месяц Рамадан. В то же время, обнаружен низкий уровень симптомов депрессии у мигрантов, соблюдающих каноны Ислама. Молитвы и другие религиозные обряды являются своеобразными «андидепрессантами»

для этой категории мигрантов, оказывая им несомненную помощь, помогают им отвлечься от чувства горечи и преодолеть временные неприятности. На важность рассмотрения вопросов духовности указывали такие светила науки, как Карл Юнг, Виктор Франкл, Абрахам Маслоу и Ролло Мэй. Духовность, как правило, относят к уникальному личностно значимому опыту трансцендентного характера, который ассоциируется с единением и благом [24, 25].

В последние годы большое внимание уделяют преимуществам медитации в аспекте психологического здоровья [12, 13, 17, 31]. Молитва представляет собой одну из разновидностей медитативной практики, а именно так называемую джапа-медитацию, в которой непрерывно много раз повторяются одни и те же слова. Молитва во всех религиях связана с обращением верующего к Богу с просьбой о прощении, славословием и благодарением. Для того чтобы молитва смогла оказать на верующего свое благотворное воздействие, она должна совершаться с предельным вниманием. Подготовка к молитве предполагает удаление от себя рассеянности, мечтательности. Верующий должен погрузиться в молитву всем своим существом, настраивая на нее все свои органы чувств. Молитва выполняет две важные психологические функции: подготавливает ориентировочную основу действия, его исполнительную фазу и переключает внимание с посторонних раздражителей на внутренний мир, концентрируя очаг возбуждения в каком-то одном центре головного мозга. Это делает поведение более уверенным и целеустремленным. [7].

О влиянии религиозности говорят исследователи на Западе. В своей работе они ориентируются на теорию социальной интеграции Дюркгейма, рассматривая влияние школы, семьи с точки зрения национально-репрезентативной выборки. Авторы утверждают о более благоприятном психическом состоянии подростков с религиозной вовлеченностью [29]. Теория Дюркгейма признает, что люди являются социальными существами, чья жизнь неизмеримо формируется характером их социальных отношений. Теория Дюркгейма постулирует, что низкое участие общественных учреждений в жизни индивида приводит к снижению психологического благополучия, и наоборот, наличие общих ценностей и целей между членами социальной группы, в

результате интенсивности их взаимодействия, способствует психологическому благосостоянию [14, 30]. Чувство контроля или приверженности социальным нормам – это своеобразный «гид», руководство для соответствующего человеческого взаимодействия [14]. Это положение предполагает, что, чем больше привязанность к социальной группе, тем больше человек будет соответствовать нормам в группе, и соблюдать социальные нормы и правила не только в качестве руководства для своего поведения, но и для поддержания эмоциональных связей этих важных для него отношений [28]. Дюркгейм утверждал, что религия создает социальную интеграцию благодаря своей способности содействовать более интенсивной коллективной жизни, что приводит к улучшению психосоциального благополучия [14].

Таким образом, изучение представленности и выраженности симптомов ПТСР и аффективных расстройств (депрессии) с учетом религиозности трудовых мигрантов (Ислам) показало, что, несмотря на отсутствие исследований по этому вопросу, этот фактор является высокозначимым и может стать пусковым в механизме развития ПТСР. В связи с этим необходимо уделять более серьезное внимание вопросам духовности и понимать ее значение для психического благополучия людей, отличающихся по религиозному мировоззрению принимающей страны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика. М.: Высшая школа, 2002. 405 с.
2. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. СПб: ООО «Речь», 2002. 350 с.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
4. Aronowitz M. The social and emotional adjustment of immigrant children: a review of the literature // *The International migration review*. 1984 Summer. Vol. 18(2). P. 237–257.
5. Beiser M. Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees // *The American journal of psychiatry*. 1988 Jan. Vol. 145(1). P. 46–51.
6. Beiser M., Hou F. Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada // *International journal of public health*. 2014 Jun. Vol. 59(3). P. 541–547.
7. Buttle H. Measuring a Journey without Goal: Meditation, Spirituality, and Physiology // *Biomed Res Int*. 2015. Vol. 2015. Article ID 891671.
8. Carballo M. The challenge of migration and health // *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*. 2006. Vol. 42(4). P. 18–19.

9. Carter D.J., Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness // *Health care for women international*. 2003 May-Jun. Vol. 24(5). P. 399–413.
10. Carter D.J., Rashidi A. East meets West: integrating psychotherapy approaches for Muslim women // *Holistic nursing practice*. 2004 May-Jun. Vol. 18(3). P. 152–159.
11. Coppo P. *Le ragioni del dolore* // Torino: Bollati Boringhieri. 2005. Vol. 5. P. 25–29.
12. Davidson R.J., Kabat-Zinn J., Schumacher J. et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation // *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug. Vol. 65(4). P. 56.
13. Deshmukh V.D. Neuroscience of meditation // *Scientific World Journal*. 2006. Vol. 6. P. 2239–2253.
14. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press, 1951.
15. Erlich A. From refugee sender to labor exporter // *Migration information source*. 2006 Retrieved April 8 2010. Vol. 2. P. 12–14.
16. Gaber T.J., Bouyrakhen S., Herpertz-Dahlmann B. et al. Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people // *Global health action*. 2013 Jun 19. Vol. 6. Article ID 20187.
17. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis // *J Psychosom Res*. 2004 Jul. Vol. 57(1). P. 35–43.
18. Heeren M., Wittmann L., Ehler U. et al. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents // *Comprehensive psychiatry*. 2014 May. Vol. 55(4). P. 818–825.
19. Hinterkopf E. *Integrating spirituality in counseling: A manual for using the exponential focusing method*. Alexandria, VA: American Counseling Association. 1998. Vol. 3. P. 16–24.
20. Jayasuriya L., Sang D., Fielding A. Ethnicity, immigration and mental illness: A critical review of Australian research. Canberra: Bureau of Immigration Research. 1992. Vol. 3. P. 53–57.
21. Kanji Z., Drummond J., Cameron B. Resilience in Afghan children and their families: a review // *Paediatric nursing*. 2007 Mar. Vol. 19(2). P. 30–33.
22. Moghaddam F.M., Ditto B., Taylor D. Attitudes and attributions related to symptomatology in Indian immigrant women // *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1990. Vol. 21. P. 335–350.
23. Naidoo J.C. The mental health of visible ethnic minorities in Canada // *Psychology and Developing Societies*. 1992. Vol. 4. P. 165–186.
24. Olimova S., Bosc I. *Labor Migration from Tajikistan*. Geneva: International Organization on Migration, 2003. Retrieved November 29, 2010. Vol. 3. P. 6–9.
25. Phinney J.S. Ethnic identity in adolescents and adults: review of research // *Psychological bulletin*. 1990 Nov. Vol. 108(3). P. 499–514.
26. Rasmussen A., Crager M., Baser R.E. et al. Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States // *Journal of traumatic stress*. 2012 Dec. Vol. 25(6). P. 705–712.
27. Sam D.L., Berry J.W. Acculturative stress among young immigrants in Norway // *Scandinavian journal of psychology*. 1995 Mar. Vol. 36(1). P. 10–24.
28. Stark R., Bainbridge W.S. *Religion, deviance, and social control*. New York: Routledge, 1996.
29. Theda Rose, Sean Joe, Joseph Shields, Cleopatra Howard Caldwell Social integration and the mental health of Black adolescents // Published in final edited form as: *Child Dev*. 2014 May-Jun. Vol. 85(3). P. 1003–1018.
30. Thorlindsson T, Bjarnason T. Modeling Durkheim on the micro level: A study of youth suicidality // *American Sociological Review*. 1998. Vol. 63. P. 94–110.
31. Wallace B.A., Shapiro S.L. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology // *Am Psychol*. 2006 Oct. Vol. 61(7). P. 690–701.
32. Weine S., Bahromov M., Loue S., Owens L. Trauma exposure, PTSD, and HIV sexual risk behaviors among labor migrants from Tajikistan // *AIDS and behavior*. 2012 Aug. Vol. 16(6). P. 1659–1669.
33. Westgate C.E. Spiritual wellness and depression // *Journal of Counseling and Development*. 1996. Vol. 75. P. 26–35.

#### REFERENCES

1. Gmurman V.E. *Teoriya veroyatnosti i matematicheskaya statistika*. Moscow: Vysshaya shkola, 2002. 405 p. (in Russian)
2. Sidorenko E.V. *Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii*. St.Petersburg: OOO «Rech'», 2002. 350 p. (in Russian)
3. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa*. St.Petersburg: Piter, 2001. 272 p. (in Russian)
4. Aronowitz M. The social and emotional adjustment of immigrant children: a review of the literature. *The International migration review*. 1984 Summer. Vol. 18(2). pp. 237–257.
5. Beiser M. Influences of time, ethnicity, and attachment on depression in Southeast Asian refugees. *The American journal of psychiatry*. 1988 Jan. Vol. 145(1). pp. 46–51.
6. Beiser M., Hou F. Chronic health conditions, labour market participation and resource consumption among immigrant and native-born residents of Canada. *International journal of public health*. 2014 Jun. Vol. 59(3). pp. 541–547.
7. Buttler H. Measuring a Journey without Goal: Meditation, Spirituality, and Physiology. *Biomed Res Int*. 2015. Vol. 2015. Article ID 891671.
8. Carballo M. The challenge of migration and health. *World hospitals and health services: the official journal of the International Hospital Federation*. 2006. Vol. 42(4). P. 18–19.
9. Carter D.J., Rashidi A. Theoretical model of psychotherapy: Eastern Asian-Islamic women with mental illness. *Health care for women international*. 2003 May-Jun. Vol. 24(5). pp. 399–413.
10. Carter D.J., Rashidi A. East meets West: integrating psychotherapy approaches for Muslim women. *Holistic nursing practice*. 2004 May-Jun. Vol. 18(3). pp. 152–159.
11. Coppo P. *Le ragioni del dolore*. Torino: Bollati Boringhieri. 2005. Vol. 5. pp. 25–29.
12. Davidson R.J., Kabat-Zinn J., Schumacher J. et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*. 2003 Jul-Aug. Vol. 65(4). pp. 56.
13. Deshmukh V.D. Neuroscience of meditation. *Scientific World Journal*. 2006. Vol. 6. pp. 2239–2253.
14. Durkheim E. *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press, 1951.
15. Erlich A. From refugee sender to labor exporter. *Migration information source*. 2006 Retrieved April 8 2010. Vol. 2. pp. 12–14.

16. Gaber T.J., Bouyrakhen S., Herpertz-Dahlmann B. et al. Migration background and juvenile mental health: a descriptive retrospective analysis of diagnostic rates of psychiatric disorders in young people. *Global health action*. 2013 Jun 19. Vol. 6. Article ID 20187.
17. Grossman P., Niemann L., Schmidt S., Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *J. Psychosom Res*. 2004 Jul. Vol. 57(1). pp. 35–43.
18. Heeren M., Wittmann L., Ehlert U. et al. Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive psychiatry*. 2014 May. Vol. 55(4). pp. 818–825.
19. Hinterkopf E. *Integrating spirituality in counseling: A manual for using the exponential focusing method*. Alexandria, VA: American Counseling Association. 1998. Vol. 3. pp. 16–24.
20. Jayasuriya L., Sang D., Fielding A. *Ethnicity, immigration and mental illness: A critical review of Australian research*. Canberra: Bureau of Immigration Research. 1992. Vol. 3. pp. 53–57.
21. Kanji Z., Drummond J., Cameron B. Resilience in Afghan children and their families: a review. *Paediatric nursing*. 2007 Mar. Vol. 19(2). pp. 30–33.
22. Moghaddam F.M., Ditto B., Taylor D. Attitudes and attributions related to symptomatology in Indian immigrant women. *Journal of Cross-Cultural Psychology*. 1990. Vol. 21. pp. 335–350.
23. Naidoo J.C. The mental health of visible ethnic minorities in Canada. *Psychology and Developing Societies*. 1992. Vol. 4. pp. 165–186.
24. Olimova S., Bosc I. *Labor Migration from Tajikistan*. Geneva: International Organization on Migration, 2003. Retrieved November 29, 2010. Vol. 3. pp. 6–9.
25. Phinney J.S. Ethnic identity in adolescents and adults: review of research. *Psychological bulletin*. 1990 Nov. Vol. 108(3). pp. 499–514.
26. Rasmussen A., Crager M., Baser R.E. et al. Onset of posttraumatic stress disorder and major depression among refugees and voluntary migrants to the United States. *Journal of traumatic stress*. 2012 Dec. Vol. 25(6). pp. 705–712.
27. Sam D.L., Berry J.W. Acculturative stress among young immigrants in Norway. *Scandinavian journal of psychology*. 1995 Mar. Vol. 36(1). pp. 10–24.
28. Stark R., Bainbridge W.S. *Religion, deviance, and social control*. New York: Routledge, 1996.
29. Theda Rose, Sean Joe, Joseph Shields, Cleopatra Howard Caldwell Social integration and the mental health of Black adolescents. *Published in final edited form as: Child Dev*. 2014 May-Jun. Vol. 85(3). pp. 1003–1018.
30. Thorlindsson T, Bjarnason T. Modeling Durkheim on the micro level: A study of youth suicidality. *American Sociological Review*. 1998. Vol. 63. pp. 94–110.
31. Wallace B.A., Shapiro S.L. Mental balance and well-being: building bridges between Buddhism and Western psychology. *Am Psychol*. 2006 Oct. Vol. 61(7). pp. 690–701.
32. Weine S., Bahromov M., Loue S., Owens L. Trauma exposure, PTSD, and HIV sexual risk behaviors among labor migrants from Tajikistan. *AIDS and behavior*. 2012 Aug. Vol. 16(6). pp. 1659–1669.
33. Westgate C.E. Spiritual wellness and depression. *Journal of Counseling and Development*. 1996. Vol. 75. pp. 26–35.

Поступила 11.04.16.