

<https://www.doi.org/10.33910/1992-6464-2022-203-39-54>

Н. А. Антонова, К. Ю. Ерицян, Л. А. Цветкова

СУБЪЕКТИВНАЯ РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ КОРЕННЫХ МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАРОДОВ СЕВЕРА, СИБИРИ И ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА РФ

Статья подготовлена при поддержке Министерства просвещения РФ, государственное задание 075-03-2020-123/6 от 16.11.2020 г., «Выявление закономерностей формирования факторов здоровья, благополучия и качества жизни детей и молодежи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ».

На основании онлайн-опроса (N = 1258) проведена сравнительная оценка субъективных характеристик здоровья молодежи коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока РФ (КМНСС и ДВ) и молодежи других этнических групп, проживающих на тех же территориях. Субъективная репрезентация психического здоровья молодежи КМНСС и ДВ, а также употребление ими психоактивных веществ (за исключением табака) значимо не отличается от показателей здоровья представителей молодежи другой этнической принадлежности. Более высокая выраженность негативной психологической симптоматики наблюдается у девушек по сравнению с юношами в целом по выборке, а более частое употребление успокоительных препаратов — у девушек КМНСС и ДВ по сравнению с юношами.

Ключевые слова: психическое здоровье, соматическое здоровье, психоактивные вещества, подростки, молодежь, коренные малочисленные народы

N. Antonova, K. Eritsyian, L. Tsvetkova

SUBJECTIVE REPRESENTATION OF MENTAL AND PHYSICAL HEALTH OF INDIGENOUS ADOLESCENTS AND YOUTH OF THE RUSSIAN NORTH, SIBERIA, AND THE FAR EAST

This paper is part of the State-Commissioned Assignment of the Ministry of Education of Russia “Children and Youth of the Russian North, Siberia, and the Far East: Regularities in the Development of Factors of Health, Well-Being and Quality of Life”. Assignment No 075-03-2020-123/6, 16 October 2020.

Based on an online survey (N = 1258), we carried out a comparative assessment of the subjective characteristics of mental and physical health of young indigenous peoples of the Russian North, Siberia, and the Far East and young people of other ethnic groups living in the same territories. The subjective mental health of indigenous adolescents and youth and the use rate of psychoactive substances (except for tobacco) does not significantly differ from the health indicators of young people of another ethnicity. Overall, regardless of ethnicity, females tend to show higher severity of negative psychological symptoms than males. Indigenous females also revealed a more frequent use of sedatives compared to indigenous males.

Keywords: mental health, physical health, psychoactive substances, adolescents, youth, indigenous peoples

Введение. Коренные малочисленные народы Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации (далее — КМНСС и ДВ) — этнокультурная группа, отдельно выделяемая в российском законодательстве [16]. Сегодня группа КМНСС и ДВ объединяет более 40 народов, численность которых составляет порядка 250 тыс. человек. Некоторые этнические группы из них насчитывают несколько сотен человек (например, алеуты, энцы, тофалары). Демографы ситуацию с численностью малочисленных народов характеризуют сегодня как «умеренно оптимистичную», подчеркивая характерные для них колебания численности в ту или другую сторону на разных интервалах времени и подверженность демографическим флуктуациям и «шумам» [17]. Однако сокращение численности части этнических групп и фиксируемое замедление общего прироста численности коренных малочисленных народов побуждает сегодня исследователей к пристальному изучению в том числе и их здоровья [7; 9; 11]. Специалисты системы здравоохранения подчеркивают необходимость проведения целенаправленных комплексных научных исследований состояния здоровья представителей КМНСС и ДВ [15], поскольку очевидно, что сохранение коренных народов зависит в том числе и от уровня их здоровья. Однако Г. Ф. Деттер и К. Г. Филант [6], проанализировав на материале 496 публикаций ключевые вопросы, находящиеся сегодня в фокусе внимания российских исследователей КМНСС и ДВ, отмечают, что изучение проблем здоровья занимает лишь пятое ранговое место, уступая изучению вопросов этноса, идентичности, права и социально-экономических проблем образования.

Зачастую исследователи здоровья коренного населения операционализируют его через физическое, акцентируя внимание на медико-антропологических характеристиках и изучении специфических адаптивных комплексов в результате биологической адаптации к экстремальным климатическим

(субарктическим, континентальным и муссонным) условиям жизни [см., например, 7]. Однако феномен здоровья в последнее время чаще осмысливается целостно в рамках т. н. холистического подхода, а также операционализируется с учетом таких понятий, как благополучие (*well-being*) и качество жизни [2; 21]. Разделение здоровья на составные элементы (психическое, соматическое, духовное и др.) является довольно искусственным, так как в реальности у человека есть только одно здоровье и изучаться оно должно целостно [5].

Исследования, проведенные во многих странах, подчеркивают, что показатели как физического, так и психического здоровья коренных народов (*Indigenous populations*) чаще всего хуже по сравнению с общей популяцией [26; 27; 32]. Однако как заметил М. Чендлер [29], фиксируемый повышенный уровень негативных явлений (например, самоубийств и ряда психических расстройств) среди малочисленных сообществ, к которым относятся некоторые коренные народы, может являться статистической погрешностью, основанной на теории больших чисел. Чем меньше генеральная совокупность, тем возможна большая погрешность при оценке распространенности какого-либо явления/события в ней: даже единичные случаи негативных исходов среди малочисленных народов дают высокие статистические показатели, поскольку имеют большой статистический «вес». С учетом этой поправки уровень психических расстройств во многих малочисленных сообществах оказывается даже ниже, чем у населения в целом, особенно в отношении, например, депрессии и тревоги. Исказить статистические данные может также большое разнообразие в культуре, инфраструктуре и индикаторах благополучия изучаемых сообществ.

Кроме того, КМНСС и ДВ — неоднородная группа. Часть из них по-прежнему живут на исторической земле предков изолированными группами в местах компактного проживания в тяжелых климатических

условиях; часть практикует кочевой или полукочевой образ жизни (каслание). Основным источником дохода для них являются традиционные национальные промыслы (оленьеводство, охота на диких копытных, морская охота, рыболовство, выделка шкур). То есть их быт выстроен вокруг промыслов, и качество жизни во многом определяется поддержкой этого быта. Эта часть КМНСС и ДВ представляет собой труднодоступную для эмпирического изучения группу населения в силу особенностей традиционного проживания на отдаленных территориях со сложной транспортной инфраструктурой. Однако другая часть КМНСС и ДВ по разным причинам переезжает из «этнических» поселений в более крупные населенные пункты (т. н. «асфальтовые аборигены» [3]) и не ведет «традиционный» для этих народов образ жизни, может терять знания родного национального языка коренных народов, самобытной культуры [1]. Этот процесс получил определение «модернизации» и «вестернизации» образа жизни коренных народов [7]. Кроме того, усиление миграционных процессов приводит к росту этнически смешанных браков [22].

Из-за процессов внутренней миграции и ассимиляции стала возникать необходимость накопления эмпирических данных в сфере физического и психического здоровья и благополучия среди молодежи коренных малочисленных народов, переезжающих в города и поселки городского типа из мест традиционного проживания. Например, в исследовании Хоп Ву с коллегами [36] сообщается о более высокой распространенности депрессивных и тревожных симптомов, употребления психоактивных веществ, суицидальных мыслей и попыток среди студентов университетов Канады из числа коренного населения по сравнению с однокурсниками, не принадлежащим к коренным народам. Российские исследователи также подчеркивают, что смена жизненного стереотипа, утрата привычных социокультуральных традиций, отрыв от семейного

окружения, могут приводить к дисбалансу психического здоровья КМНСС и ДВ [10].

В то же время сегодня в России отсутствуют эмпирические данные сопоставляющие характеристики здоровья КМНСС и ДВ и представителей иных этнических групп, проживающих на тех же территориях, то есть подвергающихся воздействию тех же факторов физической и социальной среды. Цель статьи — оценка субъективной репрезентации здоровья «модернизированных» подростков и молодежи КМНСС и ДВ, в том числе переехавших из мест традиционного проживания своего народа для получения образования. Задачами исследования явились: оценка и сравнение уровневых показателей субъективной репрезентации психического и физического здоровья молодежи КМНСС и ДВ с представителями иных этнических групп, проживающих на тех же территориях, а также оценка уровня употребления психоактивных веществ (ПАВ) (табака, алкоголя, наркотических веществ, успокоительных препаратов). Употребление ПАВ традиционно изучается как один из поведенческих аспектов рискованного поведения в сфере здоровья. С одной стороны, оно само по себе может приводить к ухудшению показателей здоровья как соматического, так и психического. Именно проблема алкоголизации привлекает внимание исследователей в контексте психического здоровья КМНСС и ДВ [4; 13]. С другой стороны, употребление ПАВ может сигнализировать о психологических или физиологических нарушениях, выступая способом совладания с проблемной ситуацией [44; 45].

Методика и процедура исследования

Количественное кросс-секционное исследование в форме онлайн-опроса подростков и молодежи было реализовано на территории следующих субъектов РФ: г. Санкт-Петербург, Ленинградская, Иркутская, Мурманская и Томская области, Камчатский и Красноярский края, Республика Саха (Якутия). Сбор данных осуществлялся в онлайн-формате

в ноябре – декабре 2020 г. Рекрутировались учащиеся разных ступеней образования (школа, ссуз, вуз) 14 лет и старше и неучащаяся молодежь из числа КМНСС и ДВ, проживающая на указанных территориях. Время заполнения анкеты в среднем составляло 40 минут (академический час). В статье анализируются выборочные индикаторы.

Оценка здоровья проводилась с помощью скрининговых шкал тревоги и депрессии как ключевых показателей наиболее распространенных расстройств в сфере психического здоровья [30], а также субъективной репрезентации психического и соматического здоровья.

А) Для оценки *тревоги* использована адаптированная на русский язык скрининговая шкала GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7) [46]. Оценивалась частота семи симптомов тревоги за последние две недели по 4-балльной шкале Лайкерта в диапазоне от 0 (никогда) до 3 (почти каждый день). Общий балл GAD-7 варьировался от 0 до 21, и более высокие баллы указывали на большую вероятность тревоги. Баллы выше 10 указывают на клинический диапазон.

Б) Для оценки *депрессии* использована адаптированная на русский язык скрининговая шкала PHQ-9 (модуль депрессии в опроснике здоровья пациента Patient Health Questionnaire) [40]. Оценивалась частота девяти депрессивных симптомов за последние две недели по 4-балльной шкале Лайкерта в диапазоне от 0 (никогда) до 3 (почти каждый день). Общий балл PHQ-9 варьировался от 0 до 27, и более высокие баллы указывали на более тяжелую депрессивную симптоматику. Суммарная оценка выше 10 баллов указывает на вероятность клинической депрессии.

В) *Субъективная репрезентация (самооценка) психического здоровья* измерялась посредством шкалы HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) [34]: «Вы считаете, что Ваше психическое здоровье...?» по 4-балльной шкале Лайкерта: «плохо», «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».

Субъективная репрезентация соматического здоровья оценивалась на основе субшкалы HBSC в соответствии с рекомендациями ВОЗ [12]. Респондентам предлагалось ответить на вопросы о частоте различных психосоматических жалоб за последние шесть месяцев: головная боль; боль в животе; плохое настроение, раздражительность или вспыльчивость; ощущение тревоги; трудности с засыпанием; головокружение. В рамках исследования был добавлен вопрос о болях в других частях тела. Для каждого симптома варианты ответов варьировались от «почти каждый день» (5 баллов) до «редко» или «никогда» (1 балл). В соответствии с рекомендациями HBSC [12] были рассчитаны два показателя: сумма значений по 7 параметрам (за исключением нарушений сна и болей в иных частях тела) и принадлежность к группе тех, у кого есть как минимум два симптома (из всех 9 измеренных) и встречаются они несколько раз в неделю или чаще.

Частота употребления психоактивных веществ оценивалась с использованием адаптированной шкалы ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) [31]. Паттерны употребления изучались отдельно для табакокурения, употребления алкоголя и наркотических веществ. Дополнительно в исследование были включены показатели для оценки распространенности употребления успокоительных препаратов по назначению врача и без.

Выборка исследования составила 1258 подростков и молодежи 14 лет и старше, из них подростки и молодежь КМНСС и ДВ — 671 человек. Юноши в выборке составили 33%, девушки — 67%, средний возраст — 22,1 год (min = 14, max = 35; SD = 6,26) (значимых различий по полу и возрасту между молодежью КМНСС и ДВ РФ и другой этнической принадлежности не выявлено). На момент опроса 26,8% представителей молодежи КМНСС и ДВ являлись старшеклассниками школ, по 21% — студентами колледжей/училищ и вузов,

31% не являлись обучающимися образовательных учреждений.

Статистическая обработка данных заключалась в расчете процентных распределений значений и мер центральной тенденции, в построении таблиц сопряженности для оценки различий по этнической принадлежности и полу. Были рассчитаны статистические критерии Хи-квадрат, точный критерий Фишера, критерий Колмагорова-Смирнова, критерий Манна-Уитни. Статистический анализ был проведен с использованием SPSS версия 16.

В исследовании приняли участие 24 этнические группы КМНСС и ДВ, наиболее представленными из которых были эвенки (26,2%), эвены (14,9%), долганы (11,2%), коряки (7,9%), чукчи (6,1%) и молодые люди, которые затруднились отнести себя к какой-либо одной группе (10,6%).

Большинство молодежи КМНСС и ДВ в качестве места рождения указывали село или деревню (58,7%) или небольшой город/поселок городского типа (27,5%). Каждый десятый оказался уроженцем крупного города/регионального или областного центра. Представители иных этнических групп значимо чаще местом рождения указывали более крупные населенные пункты ($\chi^2 = 13,614$, $p \leq 0,01$).

Результаты и их обсуждение

Психическое здоровье и его субъективная репрезентация

Большее половины представителей молодежи КМНСС и ДВ позитивно оценивают свое психическое здоровье: 43,7% — как хорошее, и 14,0% — как превосходное (табл. 1). Каждый третий (37,4%) опрошенный оценил свое психическое здоровье как удовлетворительное, а 4,9% — как плохое. Самооценка психического здоровья у девушек значимо ниже по сравнению с юношами ($\chi^2 = 43,83$; $p \leq 0,001$). Значимых различий по данному индикатору между молодежью КМНСС и ДВ и молодежью другой этнической принадлежности получено не было.

Среднее значение по шкале *депрессия* (PHQ-9) составило 9,1 баллов ($\max = 27$), что соответствует умеренно выраженной депрессивной симптоматике среди молодежи КМНСС и ДВ. Это может свидетельствовать об условно «желтом флаге», т. е. о необходимости обратить внимание на возможное формирование клинически значимого расстройства¹. У девушек фиксируется более выраженная депрессивная симптоматика по сравнению с юношами ($U = 36,375$, $p = 0,001$).

Среднее значение по шкале *тревога* (GAD-7) составило 6,1 балла ($\max = 21$), что соответствует легкой степени выраженности тревожной симптоматики. Девушки по сравнению с юношами также имеют более выраженные симптомы тревоги ($U = 35,797$, $p = 0,001$).

Значимых различий по шкалам «депрессия», «тревога» и «самооценка психического здоровья» между молодежью КМНСС и ДВ и молодежью других этнических групп в исследовании не обнаружено. Обнаруженные половые различия по индикаторам субъективной репрезентации психического здоровья характерны как для КМНСС и ДВ, так и для молодежи иной этнической группы, т. е. не являются специфичными для молодежи коренных народов.

Субъективная репрезентация соматического здоровья

Важным индикатором самооценки благополучия являются также жалобы на здоровье. Они могут свидетельствовать как о соматическом неблагополучии, так и об уровне индивидуальной психической нагрузки и переживаниях, связанных с неприятностями в ближайшем социальном окружении (семье, школе), в общении со сверстниками [28; 37; 38]. Частые жалобы на здоровье в подростковый период в значительной степени характерны во всех странах и регионах [12]. Наше исследование также зафиксиро-

¹ Обращаем внимание, что данные шкалы используются в мировой практике как скрининговые, и на их основании не ставятся клинические диагнозы.

Показатели здоровья молодежи в соответствии с этнической принадлежностью

	Ваша этническая принадлежность, по Вашей собственной оценке (прав):						Критерий χ^2 / Критерий Манна — Уитни	p ≤
	Представитель КМНСС и ДВ РФ		Другая этническая принадлежность		Всего			
	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%	Абс. зн.	%		
Самооценка психического здоровья «Вы считаете, что Ваше психическое здоровье...»								
Плохое	33	4.9	32	5.5	65	5.2	0.826	н/з
Удовлетворительное	251	37.4	209	35.6	460	36.6		
Хорошее	293	43.7	256	43.6	549	43.6		
Превосходное	94	14.0	90	15.3	184	14.6		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		
Депрессия								
Среднее	9.1		9.4		9.3		193641.5	н/з
Медиана	9		9		9			
Ст. отклонение	6.24		6.36		6.29			
Минимум	0		0		0			
Максимум	27		27		27			
Тревога								
Среднее	6.1		6.4		6.2		190664.5	н/з
Медиана	5		6		5.5			
Ст. отклонение	5.39		5.48		5.43			
Минимум	0		0		0			
Максимум	21		21		21			
Самооценка соматического здоровья								
Среднее	9.3		9.9		9.6		186100.5	н/з
Медиана	9		10		9			
Ст. отклонение	5.77		5.79		5.79			
Минимум	0		0		0			
Максимум	24		24		24			

вало *психосоматические жалобы*. По первому показателю (из 7 симптомов) среднее составило 13,7 баллов ($\max = 35$). Преимущественно жалобы оказались связаны с симптомами плохого настроения, раздражительностью или вспыльчивостью, ощущением тревоги, реже — с болевыми ощущениями разной локализации. У 66,4% молодежи были как минимум два симптома из девяти измеренных, и они встречались чаще одного раза в неделю (второй показатель). По изученным показателям, у девушек психосоматические жалобы оказались выражены сильнее по сравнению с юношами ($U = 34521,500$; $U = 34821,000$, $p = 0,001$). Значимых различий между молодежью КМНСС и ДВ и молодежью другой этнической группы получено не было.

Употребление психоактивных веществ

Подростковый возраст является критическим периодом в плане экспериментирования с разными поведенческими практиками, в том числе приобщения к употреблению разных психоактивных препаратов (табака, алкоголя, наркотических веществ, успокоительных препаратов не по назначению врача).

Результаты исследования показали, что молодежь КМНСС и ДВ курят сигареты значительно чаще по сравнению с молодежью других этнических групп, как в течение последнего года (т. н. годовой преваленс 48,1% и 33,7% соответственно; $\chi^2 = 30,657$, $p \leq 0,001$), так и в течение последнего месяца (т. н. месячный преваленс 38,5% и 25,4% соответственно, $\chi^2 = 30,729$, $p \leq 0,001$) (табл. 2).

Показатель месячного преваленса косвенно указывает на долю молодежи, среди которой курение может уже приобретать зависимый характер: в нашей выборке этот показатель фиксируется у каждого третьего представителя молодежи коренных малочисленных народов, а у каждого десятого употребление сигарет носит ежедневный характер (40 и более сигарет за последний месяц).

Юноши и девушки КМНСС и ДВ имеют сходные показатели по распространенности

табакокурения ($p = \text{н/зн.}$). Отсутствие гендерной специфики табакокурения, например, среди эвенов и эвенков обнаруживали еще исследователи двадцать лет назад [19].

Что касается частоты употребления других психоактивных веществ: алкоголя, наркотических веществ, успокоительных препаратов, то существенных различий между молодежью КМНСС и ДВ и молодежью иных этнических групп обнаружено не было. Хотя на западных выборках и в некоторых исследованиях российских авторов такие различия, свидетельствующие о более высоком уровне употребления ПАВ среди молодежи коренных народов, выявляются [8; 41].

Годичный преваленс потребления алкоголя среди молодежи КМНСС и ДВ составляет 50% (табл. 2), а месячный — 30%. Около 7% от употребляющих алкоголь в последний месяц (или 2,2% от всей молодежи КМНСС и ДВ) употребляли его с частотой более 20 раз, что может косвенно указывать на формирование зависимости у части респондентов.

Употребление наркотических веществ среди молодежи КМНСС и ДВ в течение последних 12-ти месяцев составило 3,1%.

Различий по полу в отношении употребления алкоголя и наркотиков молодежью КМНСС и ДВ получено не было. Различия по полу по этим показателям не обнаруживаются и среди молодежи другой этнической группы. Ранние исследования алкопотребления на российской выборке указывают на менее выраженные гендерные различия среди КМНС, чем у живущих в тех же широтах представителей других народов [7].

За последний месяц употреблял какие-либо успокоительные препараты (на растительной основе, фармацевтические и пр.) каждый пятый (или 21,5%) представитель молодежи КМНСС и ДВ, причем девушки делали это значительно чаще юношей ($\chi^2 = 10,765$, $p \leq 0,01$). Любопытно, что 50% от употребляющих (или 12,4% от всей молодежи КМНСС и ДВ) успокоительные препараты принимали без назначения медицинского специалиста.

Употребление ПАВ молодежью в соответствии с этнической принадлежностью

	Ваша этническая принадлежность, по Вашей собственной оценке (прав):						Критерий Колмагорова-Смирнова	p ≤
	Представитель КМНСС и ДВ РФ		Другая этническая принадлежность		Всего			
	Абс.зн.	%	Абс.зн.	%	Абс.зн.	%		
Сколько раз в жизни (если такое было) Вы курили сигареты за последние 12 месяцев?								
0	348	51.9	389	66.3	737	58.6	2.549	p ≤ 0.001
1 раз и более	327	48.1	198	33.7	521	41.4		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		
Сколько раз (если такое было) Вы курили сигареты за последние 30 дней?								
0	413	61.5	438	74.6	851	67.6	2.312	p ≤ 0.001
1–39 раз	186	27.8	110	18.8	296	23.6		
40 раз и более	72	10.7	39	6.6	111	8.8		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		
Сколько раз (если такое было) Вы употребляли алкогольные напитки за последние 12 месяцев?								
0	339	50.5	339	57.8	678	53.9	1.279	н/з
1 раз и более	332	49.5	242	42.2	580	46.1		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		
Сколько раз (если такое было) Вы употребляли алкогольные напитки за последние 30 дней?								
0	469	69.9	445	75.8	914	72.7	1.046	н/з
1–19 раз	187	27.9	134	22.8	321	25.5		
20 раз и более	15	2.2	8	1.4	23	1.8		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		
Сколько раз (если такое было) Вы употребляли наркотики за последние 12 месяцев?								
0	650	96.9	564	96.1	1214	96.5	0.140	н/з
1–2 раз	12	1.8	14	2.4	26	2.1		
3–9 раз	7	1.0	7	1.2	14	1.1		
10 раз и более	2	0.3	2	0.3	4	0.3		
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0		

Таблица 2. Продолжение

За последний месяц употребляли ли Вы какие-либо успокоительные препараты (на растительной основе, фармацевтические и пр.)?							
Нет, не употреблял(а)	527	78.5	427	72.7	954	75.8	Критерий χ^2 1.568 н/з
Да, по назначению медицинского специалиста	43	6.4	41	7.0	84	6.7	
Да, без назначения специалиста	83	12.4	81	13.8	164	13.0	
Не желаю отвечать*	18	2.7	38	6.5	56	4.5	
Всего	671	100.0	587	100.0	1258	100.0	

Заключение

Физическое и психическое здоровье подростков и молодежи КМНСС и ДВ можно охарактеризовать как удовлетворительное. В тоже время его уровень значимо не отличается от показателей здоровья представителей молодежи другой этнической принадлежности на изученных территориях. Вопреки распространенным стереотипам [14; 18], уровень употребления психоактивных веществ (алкоголя, наркотических веществ и успокоительных препаратов) среди подростков и молодежи КМНСС и ДВ таков же, как и среди их сверстников иной этнической принадлежности. Единственным различием является уровень табакокурения — он в среднем несколько выше среди молодежи КМНСС и ДВ. Особенностью потребления психоактивных веществ подростками и молодежью КМНСС и ДВ является отсутствие гендерной специфики — и юноши, и девушки имеют сходные показатели потре-

бления, за исключением успокоительных препаратов, которые чаще употребляют девушки. Отсутствие половых отличий в табакокурении, алко- и наркопотреблении не является специфичными для подростков и молодежи КМНСС и ДВ, поскольку аналогичные результаты в связи с полом были выявлены в нашем исследовании и среди молодежи других этнических групп. Тогда как более частое употребление успокоительных препаратов девушками по сравнению с юношами характерно именно для представителей КМНСС и ДВ.

В целом для девушек КМНСС и ДВ характерны более низкие самооценочные показатели психического и соматического здоровья по сравнению с юношами. Исследователи по всему миру отмечают схожие различия по полу по показателям субъективного здоровья [24; 33; 38; 43]. Можно предположить, что у подростков в этом возрасте много схожих проблем со здоровьем независимо от этниче-

ской принадлежности и региона проживания, но они варьируются в зависимости от пола. Планирование профилактических программ в сфере здоровья с учетом гендерного аспекта несет в себе потенциал сокращения половых различий в показателях здоровья во взрослой жизни.

Результаты исследования лишь частично подтверждают тезис, что для юношей в целом более характерны направленные вовне или «экстернализированные» формы поведения, связанные со здоровьем, например, употребление алкоголя, тогда как девушкам более свойственно эмоциональное или «интернализированное» поведение в отношении здоровья, проявляющееся в виде психосоматических симптомов или проблем с психическим здоровьем [37]. Девушки в нашем исследовании действительно демонстрируют более неудовлетворительные показатели субъективного здоровья, а также более частое употребление успокоительных препаратов. В то же время у девушек и у юношей отмечаются аналогичные паттерны рискованного поведения в отношении табакокурения, алкоголя и наркопотребления. Несмотря на то, что на американских [47] и европейских выборах молодежи [25] сохраняется тенденция более частого употребления ПАВ юношами в раннем взрослом возрасте по сравнению с девушками, некоторые исследователи отмечают тенденцию к нивелированию масштаба половых различий, связанных с употреблением психоактивных веществ [20; 23; 39].

Исследование показывает, что при анализе показателей здоровья крайне важным является четкое определение представителей коренных малочисленных народов в контексте образа жизни. Нами была изучена подгруппа подростков и молодежи КМНСС и ДВ, не ведущих традиционный образ жизни («модернизированных»). Исследование показало, что показатели психического и соматического здоровья у данной группы сходны с показателями иных этнических групп, проживающих в тех же социальных и физических условиях. Таким образом,

у нас нет оснований выделять данную группу молодежи КМНСС и ДВ как специфическую мишень для профилактических воздействий. Данный результат контрастирует с пока единичными данными, полученными в западных странах, в которых студенты из числа коренных народов испытывают больше проблем психического здоровья по сравнению с другими студентами [36]. В то же время, значительная часть молодежи, в том числе молодежь КМНСС и ДВ, может испытывать негативную симптоматику в контексте психического здоровья, и это должно быть важным приоритетом психопрофилактики. Наибольшая выраженность такой симптоматики среди девушек также требует разработки гендерно-специфичного подхода к психопрофилактике и оказанию психологической помощи.

Настоящее исследование восполняет дефицит эмпирических данных в сфере здоровья подростков и молодежи КМНСС и ДВ. Это одна из первых попыток изучения здоровья, когда группа КМНСС и ДВ рассматривается не как отдельная и изолированная, а в контексте всей молодежи конкретных территорий.

Ограничения исследования. Настоящее исследование имеет ряд существенных ограничений, ввиду которых полученные результаты могут рассматриваться скорее в русле выявления перспективных направлений дальнейших исследований. Во-первых, изученная молодежь КМНСС и ДВ представляет собой институализированную молодежь, проживающую совместно на одних территориях с молодежью других этнических групп, не ведущую «традиционный» образ жизни, готовую проходить опрос на русском языке. Поэтому полученные данные могут быть генерализованы именно на изученную группу и не характеризуют молодежь КМНСС и ДВ, проживающую в иных социальных условиях, в том числе ведущую традиционный образ жизни.

Во-вторых, кросс-секционный дизайн исследования позволяет описать различия, но не факторы формирования здоровья и поведения риска в сфере здоровья.

В-третьих, работе свойственны все ограничения опросных исследований, основанных на самоотчетах. Привлечение к крупномасштабным исследованиям «объективных» данных (данные о заболеваемости, медицинских обследований и пр.) могут частично

снизить потенциальные искажения данного метода. Но поскольку наша работа сфокусирована на субъективной репрезентации здоровья, именно опросные данные могут обладать наибольшей чувствительностью. Использование анонимного онлайн-анкетирования в качестве метода, на наш взгляд, явилось максимально адекватным методическим решением для изучения сенситивной проблематики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айварова Н. Г., Наумова М. В., Миронов А. В. Особенности психологического здоровья молодежи коренных народов Севера // Мир науки, культуры, образования. 2018. № 1 (68). С. 331–333.
2. Антонова Н. А., Ерицян К. Ю., Цветкова Л. А. Субъективное благополучие подростков и молодежи: концептуализация и измерение // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. 2018. № 187. С. 69–78.
3. Балзер М. М. Коренные космополиты, экологическая защита и активизм в Сибири и на Дальнем Востоке // Сибирские исторические исследования. 2014. № 2. С. 15–38.
4. Бохан Н. А., Мандель А. И., Кузнецов В. Н. Распространенность психических расстройств среди населения сельского муниципального образования Севера Сибири: основные тенденции и прогноз // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 4. С. 40–46.
5. Гурвич И. Н. Социальная психология здоровья. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. 1023 с.
6. Деттер Г. Ф., Филант К. Г. Ключевые вызовы, узлы и тренды развития коренных малочисленных народов Севера в наступающее десятилетие // Научный вестник Ямало-Ненецкого автономного округа. 2020. № 2 (107). С. 36–46.
7. Козлов А. И., Козлова М. А., Вершубская Г. Г., Шилов А. Б. Здоровье коренного населения Севера РФ: на грани веков и культур: монография. 2-е изд.; Пермь: ОТ и ДО, 2013. 205 с.
8. Козлов А. И. Потребление алкоголя и связанные с алкоголем проблемы у коренного населения Севера России. Наркология. 2006. Т. 5. № 10 (58). С. 22–29.
9. Краюшкин В. Г. Социоэтническая ситуация на полуострове как фактор здоровья общества / Проблемы социального развития, образования, традиционного природопользования и сохранения языков коренных народов Камчатского края. Сборник материалов международного научно-методического семинара. 22–23 октября 2008 г. Петропавловск-Камчатский: КамчатГТУ, 2010. С. 149–152.
10. Манчук В. Т., Надточий Л. А. Состояние и тенденции формирования здоровья коренного населения Севера и Сибири // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2010. Т. 30. № 3. С. 24–32.
11. Надточий Л. А., Смирнова С. В., Бронникова Е. П. Депопуляция коренных и малочисленных народов и проблема сохранения этносов Северо-Востока России // Экология человека. 2015. № 3. С. 3–11. <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2015-3-3-11>
12. Неравенства в период взросления: гендерные и социально-экономические различия в показателях здоровья и благополучия детей и подростков // Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. 2016; [Электронный ресурс]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343790> (дата обращения 20.05.2021).
13. Новиков А. П., Рахмазова Л. Д., Гильбурд О. А. Эпидемиология алкогольной зависимости в Ханты-Мансийском автономном округе — Югре // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 4 (97). С. 38–43.
14. Осипова Л. Б. Проблема распространения алкоголизма у коренных народов Севера (на примере ХМАО) // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2020. № 2 (65). С. 130–137. <https://doi.org/10.26105/SSPU.2020.65.2.011>

15. Плющенко В. Н. Демографическое здоровье коренных малочисленных народов Хабаровского края в зеркале демографических процессов в Хабаровском крае // *Здравоохранение Дальнего Востока*. 2012. № 1 (51). С. 17–22.
16. Распоряжение Правительства РФ от 17 апреля 2006 г. № 536-р «Об утверждении перечня коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации» (с изменениями на 26 декабря 2011 г.). [Электронный ресурс]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901976648> (дата обращения 20.05.2021).
17. Соколова З. П., Степанов В. В. Категория «коренные малочисленные народы Севера» и проблема статистического учета // *Этнические категории и статистика. Дебаты в России и во Франции*. М.: ИЭА РАН, 2008. С. 71–92.
18. Хайруллина Н. Г. Проблема алкоголизма в среде коренных малочисленных народов севера // *Современные проблемы науки и образования*. 2015. №. 1–1. Статья 1505.
19. Ханды М. В. Комплексная оценка состояния здоровья сельских школьников Республики Саха (Якутия): автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1997. 35 с.
20. Цветкова Л. А., Ерицын К. Ю., Антонова Н. А. Формирование различных видов поведения риска в онтогенезе // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика*. 2015. № 2. С. 56–65.
21. Цветкова Л. А., Антонова Н. А., Дубровский П. Г. Концептуальные основы изучения и измерения здоровья и благополучия человека с позиций психологической науки // *Вестник РФФИ*. 2019. № 4 (104). С. 69–76. <https://doi.org/10.22204/2410-4639-2019-104-04-69-75>
22. Чернуха А. Д., Чернуха А. А., Никитин Ю. П., Воевода М. И. Медико-социальные и демографические проблемы народностей Азиатского Севера // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2003. № 2. С. 16.
23. Шипунова Т. В. Агенты социального контроля о рисках девиантности молодежи // *Вестник Московского университета. Серия 18. Социология и политология*. 2018. Т. 24. № 3. С. 133–149. <https://doi.org/10.24290/1029-3736-2018-24-3-133-149>
24. Aanesen F., Meland E., Torp S. Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction // *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017. Vol. 45. no. 4. P. 389–396. <https://doi.org/10.1177/1403494817690940>
25. Ahlstrom S. K., Osterberg E. L. International perspectives on adolescent and young adult drinking // *Alcohol Research & Health*. 2005. Vol. 28. No. 4. P. 228–268.
26. Anderson I., Robson B., Connolly M., Al-Yaman F., Bjertness E. et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A population study // *The Lancet*. 2016. Vol. 388. No. 10040. P. 131–157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
27. Belcourt A. The hidden health inequalities that Indigenous peoples face // *The Conversation*, 26 January 2018. [Online]. URL: <https://www.hcn.org/articles/tribal-affairs-the-hidden-health-inequalities-that-indigenous-peoples-face> (accessed 20.05.2021).
28. Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Sciannameo V., Vieno A. et al. Connectedness as a protective factor in immigrant youth: results from the Health Behaviours in School-aged Children (HBSC) Italian study // *International Journal of Public Health*. 2020. No. 65. P. 303–312. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01355-w>
29. Chandler M., Proulx T. Changing selves in changing worlds: Youth suicide on the fault-lines of colliding Cultures // *Archives of Suicide Research: Official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2006. Vol. 10. No. 2. P. 125–140. <https://doi.org/10.1080/13811110600556707>
30. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization Publ., 2017. [Online]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (accessed 01.03.2021).
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ESPAD report 2019: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. [Online]. URL: <https://doi.org/10.2810/877033> (accessed 10.01.2021).
32. Indigenous health: A worldwide focus // *The Lancet*. 2016. Vol. 388. No. 10040. P. 104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31020-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31020-0)
33. Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L. E., Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence A cross-national comparison of prevalence and dimensionality // *European Journal of Public Health*. 2001. Vol. 11. No. 1. P. 4–10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/11.1.4>

34. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey / ed. by C. Currie, J. Inchley, M. Molcho, M. Lenzi, Z. Veselska, F. Wild. St. Andrews: CAHRU Publ., 2014. 217 p.
35. *Holstein B. E., Currie C., Boyce W., Damsgaard M. T., Gobina I. et al.* Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries // *International Journal of Public Health*. 2009. Vol. 54. P. 260–270.
36. *Hop Wo N. K., Anderson K. K., Wylie L., MacDougall A.* The prevalence of distress, depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous postsecondary students in Canada // *Transcultural Psychiatry*. 2020. Vol. 57. No 2. P. 263–274. <https://doi.org/10.1177/1363461519861824>
37. *Hurrelmann K., Richter M.* Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems // *Journal of Public Health*. 2006. No. 14. P. 20–28.
38. *Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jåstad A. et al.* Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publ., 2020 [Online]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/de/10665/332091/9789289055000-eng.pdf> (accessed 01.09.2021).
39. *Keyes K. M., Li G., Hasin D. S.* Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: A review and synthesis // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011. Vol. 35. No. 12. P. 2101–2112. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01562.x>
40. *Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B.* The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure // *Journal of General Internal Medicine*. 2001. No. 16. P. 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
41. *Pedroza-Buitrago A., Pulido-Reynel A., Ardila-Sierra A., Villa-Roel S. M., González P. et al.* Consumption of alcohol, tobacco and psychoactive substances in adolescents from an indigenous territory in the Colombian Amazon // *Revista Colombiana de Psiquiatría (English edition)*. 2020. Vol. 49. No. 4. P. 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.11.002>
42. *Pika A.* Reproductive attitudes and family planning among the aboriginal peoples of Alaska, Kamchatka and Chukotka: The results of comparative research // *Arctic Anthropology*. 1996. Vol. 33. No. 2. P. 50–61.
43. *Ravens-Sieberer U., Torsheim T., Hetland J., Vollebergh W., Cavallo F. et al.* Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe // *International Journal of Public Health*. 2009. No. 54. P. 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>
44. *Salam R. A., Das J. K., Lassi Z. S., Bhutta Z. A.* Adolescent health and well-being: Background and methodology for review of potential interventions // *Journal of Adolescent Health*. 2016. Vol. 59. No. 4. P. 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.023>
45. *Savolainen I., Oksanen A., Kaakinen M., Sirola A., Paek H. J.* The role of perceived loneliness in youth addictive behaviors: Cross-national survey study // *JMIR Mental Health*. 2020. Vol. 7. No. 1. Article e14035. <https://doi.org/10.2196/14035>
46. *Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A.* brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166. No. 10. P. 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
47. *Windle M.* Drinking over the lifespan: Focus on early adolescents and youth // *Alcohol Research: Current Reviews*. 2016. Vol. 38. No. 1. P. 95–101. PMID: [27159816](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27159816/)

REFERENCES

1. *Ajvarova N. G., Naumova M. V., Mironov A. V.* Osobennosti psikhologicheskogo zdorov'ya molodezhi korenykh narodov Severa // *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya*. 2018. № 1 (68). S. 331–333.
2. *Antonova N. A., Eritsyayn K. Yu., Tsvetkova L. A.* Sub'ektivnoe blagopoluchie podrostkov i molodezhi: kontseptualizatsiya i izmerenie // *Izvestiya Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gertsena*. 2018. № 187. S. 69–78.
3. *Balzer M. M.* Korennye kosmopolity, ekologicheskaya zashchita i aktivizm v Sibiri i na Dal'nem Vostoke // *Sibirskie istoricheskie issledovaniya*. 2014. № 2. S. 15–38.
4. *Bokhan N. A., Mandel'A. I., Kuznetsov V. N.* Rasprostranennost' psikhicheskikh rasstrojstv sredi naseleniya sel'skogo munitsipal'nogo obrazovaniya Severa Sibiri: osnovnye tendentsii i prognoz // *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*. 2011. T. 21. № 4. S. 40–46.
5. *Gurvich I. N.* Sotsial'naya psikhologiya zdorov'ya. SPb.: Izd-vo SPbGU, 1999. 1023 s.

6. *Detter G. F., Filant K. G.* Klyuchevye vyzovy, uzly i trendy razvitiya korennykh malochislennykh narodov Severa v nastupayushchee desyatiletie // Nauchnyj vestnik Yamalo-Nenetskogo avtonomnogo okruga. 2020. № 2 (107). S. 36–46.
7. *Kozlov A. I., Kozlova M. A., Vershubskaya G. G., Shilov A. B.* Zdorov'e korennoho naseleniya Severa RF: na grani vekov i kul'tur: monografiya. 2-e izd.; Perm': OT i DO, 2013. 205 s.
8. *Kozlov A. I.* Potreblenie alkogolya i svyazannye s alkogolem problemy u korennoho naseleniya Severa Rossii. Narkologiya. 2006. T. 5. № 10 (58). S. 22–29.
9. *Krayushkin V. G.* Sotsioetnicheskaya situatsiya na poluostrove kak faktor zdorov'ya obshchestva / Problemy sotsial'nogo razvitiya, obrazovaniya, traditsionnogo prirodopol'zovaniya i sokhraneniya yazykov korennykh narodov Kamchatskogo kraja. Sbornik materialov mezhdunarodnogo nauchno-metodicheskogo seminar. 22–23 oktyabrya 2008 g. Petropavlovsk-Kamchatskij: KamchatGTU, 2010. S. 149–152.
10. *Manchuk V. T., Nadtochij L. A.* Sostoyanie i tendentsii formirovaniya zdorov'ya korennoho naseleniya Severa i Sibiri // Byulleten' Sibirskogo otdeleniya Rossijskoj akademii meditsinskikh nauk. 2010. T. 30. № 3. S. 24–32.
11. *Nadtochij L. A., Smirnova S. V., Bronnikova E. P.* Depopulyatsiya korennykh i malochislennykh narodov i problema sokhraneniya etnosov Severo-Vostoka Rossii // Ekologiya cheloveka. 2015. № 3. S. 3–11. <https://doi.org/10.33396/1728-0869-2015-3-3-11>
12. Neravenstva v period vzrosleniya: gendernye i sotsial'no-ekonomicheskie razlichiya v pokazatelyakh zdorov'ya i blagopoluchiya detej i podrostkov // Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya. Evropejskoe regional'noe byuro. 2016. [Elektronnyj resurs]. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343790> (data obrashcheniya 20.05.2021).
13. *Novikov A. P., Rakhmazova L. D., Gil'burd O. A.* Epidemiologiya alkogol'noj zavisimosti v Khanty-Mansijskom avtonomnom okruge — Yugre // Sibirskij vestnik psikiatrii i narkologii. 2017. № 4 (97). S. 38–43.
14. *Osipova L. B.* Problema rasprostraneniya alkogolizma u korennykh narodov Severa (na primere KhMAO) // Vestnik Surgutskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta. 2020. № 2 (65). S. 130–137. <https://doi.org/10.26105/SSPU.2020.65.2.011>
15. *Plyushchenko V. N.* Demograficheskoe zdorov'e korennykh malochislennykh narodov Khabarovskogo kraja v zerkale demograficheskikh protsessov v Khabarovskom krae // Zdravookhranenie Dal'nego Vostoka. 2012. № 1 (51). S. 17–22.
16. Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 17 aprelya 2006 g. № 536-r “Ob utverzhdenii perechnya korennykh malochislennykh narodov Severa, Sibiri i Dal'nego Vostoka Rossijskoj Federatsii” (s izmeneniyami na 26 dekabrya 2011 g.). [Elektronnyj resurs]. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901976648> (data obrashcheniya 20.05.2021).
17. *Sokolova Z. P., Stepanov V. V.* Kategoriya “korennyye malochislennyye narody Severa i problema statisticheskogo ucheta” // Etnicheskie kategorii i statistika. Debaty v Rossii i vo Frantsii. M.: IEA RAN, 2008. S. 71–92.
18. *Khajrullina N. G.* Problema alkogolizma v srede korennykh malochislennykh narodov severa // Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2015. №. 1–1. Stat'ya 1505.
19. *Khandy M. V.* Kompleksnaya otsenka sostoyaniya zdorov'ya sel'skikh shkol'nikov Respubliki Sakha (Yakutiya): avtoref. dis. ... dokt. med. nauk. M., 1997. 35 s.
20. *Tsvetkova L. A., Eritsyayn K. Yu., Antonova N. A.* Formirovanie razlichnykh vidov povedeniya riska v ontogeneze // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12. Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika. 2015. № 2. S. 56–65.
21. *Tsvetkova L. A., Antonova N. A., Dubrovskij R. G.* Kontseptual'nye osnovy izucheniya i izmereniya zdorov'ya i blagopoluchiya cheloveka s pozitsij psikhologicheskoy nauki // Vestnik RFFI. 2019. № 4 (104). S. 69–76. <https://doi.org/10.22204/2410-4639-2019-104-04-69-75>
22. *Chernukha A. D., Chernukha A. A., Nikitin Yu. P., Voevoda M. I.* Mediko-sotsial'nye i demograficheskie problemy narodnostej Aziatskogo Severa // Problemy sotsial'noj gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2003. № 2. S. 16.
23. *Shipunova T. V.* Agenty sotsial'nogo kontrolya o riskakh deviantnosti molodezhi // Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 18. Sotsiologiya i politologiya. 2018. T. 24. № 3. S. 133–149. <https://doi.org/10.24290/1029-3736-2018-24-3-133-149>
24. *Aanesen F., Meland E., Torp S.* Gender differences in subjective health complaints in adolescence: The roles of self-esteem, stress from schoolwork and body dissatisfaction // Scandinavian Journal of Public Health. 2017. Vol. 45. no. 4. P. 389–396. <https://doi.org/10.1177/1403494817690940>
25. *Ahlstrom S. K., Osterberg E. L.* International perspectives on adolescent and young adult drinking // Alcohol Research & Health. 2005. Vol. 28. No. 4. P. 228–268.

26. Anderson I., Robson B., Connolly M., Al-Yaman F., Bjertness E. et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): A population study // *The Lancet*. 2016. Vol. 388. No. 10040. P. 131–157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)
27. Belcourt A. The hidden health inequalities that Indigenous peoples face // *The Conversation*, 26 January 2018. [Online]. URL: <https://www.hcn.org/articles/tribal-affairs-the-hidden-health-inequalities-that-indigenous-peoples-face> (accessed 20.05.2021).
28. Borraccino, A., Berchiolla, P., Dalmaso, P., Sciannameo V., Vieno A. et al. Connectedness as a protective factor in immigrant youth: results from the Health Behaviours in School-aged Children (HBSC) Italian study // *International Journal of Public Health*. 2020. No. 65. P. 303–312. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01355-w>
29. Chandler M., Proulx T. Changing selves in changing worlds: Youth suicide on the fault-lines of colliding Cultures // *Archives of Suicide Research: Official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2006. Vol. 10. No. 2. P. 125–140. <https://doi.org/10.1080/13811110600556707>
30. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: World Health Organization Publ., 2017. [Online]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf> (accessed 01.03.2021).
31. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, ESPAD report 2019: Results from the European school survey project on alcohol and other drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. [Online]. URL: <https://doi.org/10.2810/877033> (accessed 10.01.2021).
32. Indigenous health: A worldwide focus // *The Lancet*. 2016. Vol. 388. No. 10040. P. 104. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31020-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31020-0)
33. Haugland S., Wold B., Stevenson J., Aaroe L. E., Woynarowska B. Subjective health complaints in adolescence A cross-national comparison of prevalence and dimensionality // *European Journal of Public Health*. 2001. Vol. 11. No. 1. P. 4–10. <https://doi.org/10.1093/eurpub/11.1.4>
34. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 Survey / ed. by C. Currie, J. Inchley, M. Molcho, M. Lenzi, Z. Veselska, F. Wild. St. Andrews: CAHRU Publ., 2014. 217 p.
35. Holstein B. E., Currie C., Boyce W., Damsgaard M. T., Gobina I. et al. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: international comparative study in 37 countries // *International Journal of Public Health*. 2009. Vol. 54. P. 260–270.
36. Hop Wo N. K., Anderson K. K., Wylie L., MacDougall A. The prevalence of distress, depression, anxiety, and substance use issues among Indigenous postsecondary students in Canada // *Transcultural Psychiatry*. 2020. Vol. 57. No 2. P. 263–274. <https://doi.org/10.1177/1363461519861824>
37. Hurrelmann K., Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems // *Journal of Public Health*. 2006. No. 14. P. 20–28.
38. Inchley J., Currie D., Budisavljevic S., Torsheim T., Jästad A. et al. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1. Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe Publ., 2020 [Online]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf> (accessed 01.09.2021).
39. Keyes K. M., Li G., Hasin D. S. Birth cohort effects and gender differences in alcohol epidemiology: A review and synthesis // *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2011. Vol. 35. No. 12. P. 2101–2112. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2011.01562.x>
40. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure // *Journal of General Internal Medicine*. 2001. No. 16. P. 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
41. Pedroza-Buitrago A., Pulido-Reynel A., Ardila-Sierra A., Villa-Roel S. M., González P. et al. Consumption of alcohol, tobacco and psychoactive substances in adolescents from an indigenous territory in the Colombian Amazon // *Revista Colombiana de Psiquiatría (English edition)*. 2020. Vol. 49. No. 4. P. 246–254. <https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2020.11.002>
42. Pika A. Reproductive attitudes and family planning among the aboriginal peoples of Alaska, Kamchatka and Chukotka: The results of comparative research // *Arctic Anthropology*. 1996. Vol. 33. No. 2. P. 50–61.
43. Ravens-Sieberer U., Torsheim T, Hetland J, Vollebergh W, Cavallo F. et al. Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe // *International Journal of Public Health*. 2009. No. 54. P. 151–159. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-5406-8>

44. *Salam R. A., Das J. K., Lassi Z. S., Bhutta Z. A.* Adolescent health and well-being: Background and methodology for review of potential interventions // *Journal of Adolescent Health*. 2016. Vol. 59. No. 4. P. 4–10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.07.023>

45. *Savolainen I., Oksanen A., Kaakinen M., Sirola A., Paek H. J.* The role of perceived loneliness in youth addictive behaviors: Cross-national survey study // *JMIR Mental Health*. 2020. Vol. 7. No. 1. Article e14035. <https://doi.org/10.2196/14035>

46. *Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Löwe B. A.* brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7 // *Archives of Internal Medicine*. 2006. Vol. 166. No. 10. P. 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

47. *Windle M.* Drinking over the lifespan: Focus on early adolescents and youth // *Alcohol Research: Current Reviews*. 2016. Vol. 38. No. 1. P. 95–101. PMID: [27159816](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27159816/)