

## Роль социальных факторов в генезе психических расстройств: развитие исследований в XXI в.

Марианна Владимировна Кузьмина, Татьяна Александровна Солохина  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Марианна Владимировна Кузьмина, [kuzminova-m-v@yandex.ru](mailto:kuzminova-m-v@yandex.ru)

### Резюме

**Обоснование:** роль социальных факторов в развитии психической патологии давно известна. Однако в связи с неуклонным ростом частоты психических нарушений, в том числе в период различных глобальных социальных кризисов, представляется необходимым обобщить уже имеющиеся знания в этой области, а также рассмотреть новые тенденции влияния социальных факторов на возникновение, течение и прогноз психических расстройств. **Цель обзора:** представить анализ отечественных и зарубежных исследований различных социальных аспектов психических расстройств с целью рационального решения клинико-диагностических, терапевтических, реабилитационных и организационных проблем. **Материал и методы:** по ключевым словам «социальные факторы и психические расстройства», «факторы риска развития ментальных расстройств», «семейные факторы при тяжелых психических заболеваниях», «влияние катастроф (антропогенных и природных) на психическое здоровье», «сетевая теория психических расстройств» отобраны доступные авторам публикации в базах MEDLINE/PubMed, Scopus, eLibrary, РИНЦ, GoogleScholar, а также релевантные статьи в списках источников анализируемых работ. **Заключение:** во многих исследованиях анализируется роль детских и подростковых психических травм в этиопатогенезе психических заболеваний во взрослом возрасте. Большое внимание уделяется семейным факторам, которые в зависимости от стратегии поведения близких пациента, их реакции на его заболевание могут оказывать как благоприятное, так и весьма негативное влияние на течение психического расстройства. Предполагается, что ухудшение социально-экологической среды (в том числе урбанизация, воздействие стрессоров на предприятиях) вносит свой вклад в рост психических расстройств, прежде всего депрессивных и тревожных. Гендерные различия влияния социальных факторов объясняют культуральными особенностями, а также семейным положением, в частности более низкой самооценкой одиноких женщин. Увеличение случаев социальных катастроф (как природных, так и техногенных) отражается в распространенности посттравматических стрессовых расстройств. Отмечается, что биопсихосоциальная модель, несмотря на ее декларирование, недостаточно активно используется в практике, что может снижать эффективность комплексной терапии психических нарушений. Впервые предложенная в 2008 г. сетевая теория психических заболеваний в настоящее время является актуальным направлением исследований.

**Ключевые слова:** психические расстройства, биопсихосоциальная модель, социальные факторы, семейные факторы, влияние техногенных и природных катастроф, сетевая теория психических расстройств

**Для цитирования:** Кузьмина М.В., Солохина Т.А. Роль социальных факторов в генезе психических расстройств: развитие исследований в XXI в. *Психиатрия*. 2023;21(7):31–45. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-7-31-45>

### REVIEW

UDC 616.899; 616.894-053.8; 616.892

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-7-31-45>

## The Role of Social Factors in the Genesis of Mental Disorders: Development of Research in the 21st Century

Marianna V. Kuzminova, Tatyana A. Solokhina  
FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Marianna V. Kuzminova, [kuzminova-m-v@yandex.ru](mailto:kuzminova-m-v@yandex.ru)

### Summary

**Background:** the important role of social factors in the development of mental disorders has long been known, but recently, due to the growth of mental disorders, including against the background of various global social crises, it seems necessary to summarize already existing knowledge in this field, as well as to consider new trends in the influence of social factors on the occurrence, course and prognosis of mental disorders. **The aim of review** was to analyse domestic and foreign studies on the influence of various social aspects of mental disorders in order to rationally solve clinical, diagnostic, therapeutic, rehabilitation and organizational problems. **Material and methods:** the authors used the key words "social factors and mental disorders", "risk

factors for mental disorders”, “family factors in severe mental disorders”, “impact of disasters (man-made and natural) on mental health”, “network theory of mental disorders”. The authors selected available publications in MEDLINE/PubMed, Scopus, eLibrary, RSCI, Google Scholar, as well as relevant articles in the source lists of the reviewed papers. **Conclusion:** the role of childhood and adolescent mental trauma in the etiopathogenesis of mental illness in adulthood is an object of many studies. The increase of social disasters cases (both natural and man-made) is reflected in the detection of PTSD. Family factors are considered of enormous importance and could have both favourable and negative effects. The gender-specific influence of social factors is more attributable to cultural differences, as well as to marital status, including the lower self-esteem of single women. Biopsychosocial model despite its widespread proclamation is underused in practice, which reduces the effectiveness of comprehensive therapy. First proposed in 2008, the network theory of mental disorders is rapidly evolving and is now a full-fledged field of psychiatric research.

**Keywords:** mental disorders, biopsychosocial model, social factors, family factors in severe mental illness, impact of man-made and natural disasters on mental health, network theory of mental disorders

**For citation:** Kuzminova M.V., Solokhina T.A. The Role of Social Factors in the Genesis of Mental Disorders: Development of Research in the 21st Century. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(7):31–45. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-7-31-45>

## ВВЕДЕНИЕ

Социальные взаимодействия являются основной потребностью человека, аналогично другим фундаментальным потребностям, таким как потребление пищи или сон. Давно доказано, что человек — существо социальное, и это обстоятельство, по-видимому, и определяет значение социальных факторов в жизни человека с самого раннего детства до глубокой старости. Чувство недостаточной связи с другими людьми и одиночество связано с глубокими и длительными негативными последствиями для физического и психического здоровья вплоть до повышения смертности [1].

Вне социального контекста учение о психических расстройствах и психическом здоровье существовать не может. Социальные факторы способны не только существенно повлиять на жизненный уклад человека, но и в комплексе с другими факторами спровоцировать начало психического расстройства. Доказано, что длительное воздействие внешних стрессоров может вызывать изменение различных биологических, в том числе иммунных, показателей. Нейровоспаление рассматривается как важный патогенетический механизм в развитии психических расстройств, в том числе таких, как депрессия и шизофрения [2, 3].

Установлено, что даже незначительные стрессовые ситуации могут провоцировать развитие психических расстройств. Стресс может иметь пагубные последствия для здоровья, а системы реагирования на стресс определяются множеством факторов, среди которых и биологические (в том числе генетические факторы), и вредные привычки, и даже отсутствие физических упражнений. Доказано, что дистресс изменяет иммунологический ответ и влияет на приверженность лечению [4, 5].

Социальные факторы во всей своей совокупности могут определять уязвимость психики пациента, а также тяжесть и течение психического расстройства. Они играют немаловажную роль в вероятности проявления ментального заболевания, в сроках его возникновения и манифестации, а с другой стороны, социальные факторы могут быть протекторами.

**Цель** — представить нарративный обзор и анализ научных публикаций относительно роли различных социальных аспектов в континууме психического расстройства для понимания его этиопатогенеза, механизмов развития, хронификации или обострения.

**Материал и метод:** по ключевым словам «социальные факторы», «психические расстройства», «факторы риска развития ментальных расстройств», «семейные факторы при тяжелых психических заболеваниях», «влияние техногенных и природных катастроф на психическое здоровье» проведен поиск научных публикаций в базах MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, eLibrary, ПИНЦ, Google Scholar, а также релевантных ссылок в списках источников анализируемых работ. Отобрано более 320 исследований в период с 2014 по 2023 г. о влиянии социальных факторов на возникновение, развитие и течение психических расстройств. Из каждого исследования были извлечены результаты и методологические приемы, но отобраны только те из работ (79 источников), в которых сообщалось о явной корреляции по крайней мере одной социальной характеристики с показателями психического здоровья/болезни. Преимущество в выборе отдавалось метааналитическим и системным обзорам, актуальным в настоящее время, с учетом социальных кризисов, а также заслуживающим внимания новым разработкам, могущим оказать влияние на направление дальнейших исследований. Между исследованиями наблюдались большие различия в отношении методологии, изучаемых групп населения, переменных и исходов психических заболеваний, что затрудняло получение большего результата, чем некоторые общие качественные выводы. Тем не менее в обзоре подчеркивается важность социальных факторов в возникновении и персистенции психического заболевания, а также необходимость эффективных вмешательств в повседневной жизни с целью улучшения психического здоровья населения.

Учитывая многообразие данных, касающихся социальных факторов в генезе психических расстройств, в настоящую работу были включены результаты лишь наиболее доказательных и актуальных в настоящее время отечественных и зарубежных источников.

В обзоре выделены структурные подразделы, посвященные изменению парадигмы биопсихосоциальной модели, роли социальных факторов в детстве и подростковом возрасте, семейных аспектов, влияния урбанизации, социально-экологической среды, различных производственных факторов, чрезвычайных ситуаций и социальных кризисов, определяющих возникновение и течение психических расстройств. Рассматриваются также гендерные особенности развития психических расстройств, ключевые моменты современной сетевой теории психических расстройств.

### **Многофакторная биопсихосоциальная модель — изменение парадигмы этиопатогенеза и течения психических расстройств**

Воздействие внешних факторов (специфичность ближайшего окружения, макросреда, в которой находится человек) сугубо индивидуально и определяется сложным взаимодействием не только с характерологическими особенностями личности, но и с биологической составляющей — генами. Доказана роль генов в проявлении тех или иных форм реагирования на стрессовые события, которые в целом определяют возможности социальной адаптации человека и уровень его функционирования [6].

Общеизвестно, что ментальные заболевания не могут быть обусловлены одной причиной, а возникают в результате взаимодействия нескольких факторов. Впервые биопсихосоциальную модель психических расстройств предложил George L. Engel в 1977 г. [7] Она актуальна и в настоящее время, более того, представляется широко распространенной в современной медицине. Так, в психиатрии биопсихосоциальную модель по праву считают основной с позиции этиопатогенетических взаимодействий при формировании тех или иных расстройств [8–10].

Биопсихосоциальная модель определяет целостный подход к заболеванию. Считается необходимым учитывать биологические факторы (генетические, гормональные изменения в организме, врожденные и приобретенные физические дефекты и др.), социальные условия (неблагоприятная обстановка в семье и на работе, утрата близкого, резкое изменение социального статуса, переезд в другой город, страну, эмоциональное насилие окружающих, чрезвычайные ситуации, катастрофы, политические, экономические, жилищные, финансовые проблемы, культурные и окружающие условия) и психологические характеристики (структура личности и эмоциональные особенности человека, которые влияют на ощущение внутреннего комфорта, настроение, чувство безопасности, удовлетворенности).

В то же время исследователи выделяют некоторые изъяны биопсихосоциальной модели, среди которых нечеткость формулировок относительно ее значения и содержания, а также ее сложность. Биопсихосоциальная модель часто подвергается критике за то, что она не выступает в роли научной или философской парадигмы, не показывает, как именно взаимосвязаны

биологические, психологические и социальные факторы в проявлении заболевания, а также за то, что биопсихосоциальная модель предполагает большой выбор вмешательств, но при этом бессильна дать конкретные рекомендации по лечению [8].

Некоторые отечественные авторы придерживаются мнения, что биопсихосоциальная модель как в науке, так и в практике российской психиатрии ограничивается декларативностью положений. Клиницисты и представители науки остаются каждый при своем мнении относительно этиопатогенеза и терапии того или иного психического расстройства, т.е. фактически имеет место непонимание основных принципов модели [9]. Концепция биопсихосоциальной модели основана на поддержании гармонии в сложной организации человека как живой системы, а возникновение диссонанса (дисгармонии) как причины расстройства, который в основном выявляется в начале заболевания, играет существенную роль в том, как именно оно будет протекать. В этой ситуации при назначении терапии врач должен обязательно учитывать элементы этой сложной биопсихосоциальной модели. Однако на практике, к сожалению, интеграции компонентов модели не происходит, и биопсихосоциальная модель остается лишь теорией сочетания психофармакотерапии и немедикаментозных методов — психосоциальной реабилитации и психотерапии, так что в итоге прогноз психических расстройств в основном определяется лишь медикаментозным воздействием.

До сих пор не утихают споры и между последователями так называемых *биологической* и *психологической* школ относительно возникновения психического расстройства [11].

Отмечая положительные стороны биопсихосоциальной модели, необходимо подчеркнуть, что в значительной мере важным является то, что эта модель объединяет науку с позиции гуманизма и использует все возможные способы, чтобы клиницисты, пациенты и их семьи сотрудничали при проведении лечения. Психиатрия в повседневной практике отличается от других медицинских дисциплин многообразием расстройств, их взаимосвязью с психологическими и социальными факторами, сложностью выделения однозначных патогномичных признаков болезни, а также феноменом стигматизации. Благодаря этим причинам биопсихосоциальная модель в большей степени применима именно для ментальных расстройств, и, невзирая на критические взгляды, она демонстрирует возможность нового исследовательского и клинического опыта, а также интегральный подход не только в психиатрии, но и в медицине в целом [12]. А развитие психофармакотерапии, возникновение современных исследовательских методик позволяют по-новому трактовать и применять эту модель и как поисковую стратегию, и как инновационную модель для профилактики и терапии ментальных расстройств. На текущий момент есть возможности исследовать биологический домен биопсихосоциальной модели с помощью биомедицинских технологий

и генетики, психологический — с помощью современного арсенала экспериментальной и клинической психологии, в том числе шкал второго поколения, социальный домен — с помощью моделирования стрессорных воздействий [6, 8, 13, 14].

### **Детство и подростковый возраст как наиболее рискованные онтогенетические периоды раннего воздействия социальных факторов**

Принято считать, что в раннем детском возрасте ребенок наиболее подвержен влиянию различных социальных факторов. Это происходит в связи с тем, что мозг ребенка только формируется и поэтому наиболее уязвим. Именно в детстве происходит закладка личностных особенностей, участвующих в психосоциальном развитии человека. Различные виды неблагоприятных воздействий в детстве — депривация (отсутствие ожидаемого когнитивного и социального вклада) и тяжелая психическая травма (например, наличие угрозы физической неприкосновенности), — как правило, не проходят бесследно, так как влияют на нейронную структуру и функции мозга. Установлено, что длительная разлука с родителями, социальное сиротство, другие виды депривации отражаются непосредственно на психике ребенка. Термин «депривация» имеет много дефиниций, однако все их объединяют два общих признака: лишение чего-либо жизненно важного и длительность процесса. Принято выделять три основных вида депривации: сенсорную, эмоциональную и социальную. Большинство исследователей, как отечественных, так и зарубежных, сходятся во мнении о неблагоприятном влиянии различных видов депривации, психических травм и др. в период раннего развития на мозг ребенка, что в дальнейшем может predispose к возникновению различных ментальных расстройств. В представлении авторов перенесенная в детстве психическая травма и пережитый стресс повышают риск психических заболеваний во взрослом возрасте (шизофрении, биполярного расстройства, депрессии, алкоголизма) [15–18].

Давно известна связь детских травм, деприваций и других значимых психотравмирующих обстоятельств. S. Freud (1917) одним из первых утверждал, что психические расстройства появляются в результате пережитых детских психологических травм, связанных с каким-то событием, которое угрожало жизни ребенка и было для него внезапным. К психологическим травмам, перенесенным в детстве и могущим оказать влияние на развитие психической патологии во взрослом возрасте, автор также относил состояния «переполнения психического аппарата энергией влечений и невозможностью удовлетворения», что, по мнению S. Freud, должно приводить к «прорыву психологических защит». У ребенка в попытке восстановить контроль над ситуацией возникает психологическая регрессия с возвратом в детство, где индивидум может оставаться, даже значительно повзрослев, однако при возрастающих требованиях к личности у него может развиться психическое заболевание [19].

J.M.E. Lacan (1964) причиной травмы называл столкновение с непереносимыми чувствами, переживаниями, которые в последствии станут предметом вытеснения. Теории S. Freud и J.M.E. Lacan пересекаются в том, что основной психотравмирующей причиной они называют встречу с непознанным, с тем, что субъект не может назвать, понять, усвоить [20].

До настоящего времени исследователи находят подтверждения впервые высказанной психоаналитиками концепции связи детской травмы и развития психического расстройства в дальнейшем. При этом подчеркивается, что основным психосоциальным фундаментом, определяющим идентичность личности, уровень ее зрелости, стрессоустойчивости, эмоциональной адекватности, структуру мотивационно-поведенческой деятельности, являются условия воспитания и психологического микроклимата в родительской семье, которые у психически больных людей, как правило, дисгармоничны. Так, Б.А. Казаковцевым и соавт. (2015) установлено, что самой распространенной стратегией воспитания больных психическими расстройствами в родительских семьях была авторитарная (доминантная) стратегия, базирующаяся на беспрекословном подчинении старшим (47% всех пациентов, среди них достоверно больше мужчин, чем женщин). Такой тип воспитания деформировал личность, развивал поведенческий стереотип подчинения либо усиливал протестные эмансипационные тенденции, что в целом нарушало развитие важных составляющих копинг-стратегий человека, таких как адекватная самооценка и выработка позитивной Я-концепции, что, в свою очередь, приводило к формированию психологически уязвимой личности [21].

Л.Н. Касимова и соавт. (2017) выявили, что у подростков, помимо наследственных, генетических причин, в развитии непсихотических психических расстройств немалое значение имеют неблагоприятные семейные и социальные факторы. Среди семейных факторов ведущую роль автор придает конфликтным отношениям и физическому насилию в семье, что может способствовать развитию различной психической патологии (например, тревожных расстройств и посттравматического стрессового расстройства). Подобная ситуация в семье отрицательно сказывается на успеваемости и социализации подростка. Наиболее сильно психическое здоровье школьников связано с влиянием непосредственного окружения. Неблагоприятное воздействие могут оказать и низкий социальный уровень лиц из круга общения, их асоциальные тенденции в поведении. Конфликтные и формальные отношения, равно как и полное отсутствие коммуникации со сверстниками, является фактором риска развития ментального заболевания. Помимо социально-дисгармоничных отношений со сверстниками, на возникновение психических расстройств (в первую очередь тревожных и депрессивных) влияет и обучение в образовательных учреждениях, предъявляющих высокие требования к успеваемости [22].



Генетические факторы и личностные особенности человека, пережившего психотравмирующую ситуацию в детстве, играют далеко не последнюю роль в развитии психического расстройства. В зависимости от набора генов и характерологических черт ребенка при психологической травме в раннем детстве во взрослом возрасте у него может сформироваться заболевание как невротического уровня, так и более тяжелая эндогенная психическая патология. Известно, что психические нарушения приводят к изменениям нейробиологических показателей крови человека, и это можно использовать для выявления маркеров, сопряженных с пережитой детской психической травмой [2].

Среди важных социальных факторов для подростков и молодых людей до 24 лет, по мнению исследователей, также существенная роль принадлежит негативным последствиям физического дистанцирования и социальной депривации [23]. Именно подростковый и ранний молодой возраст представляет уязвимый период для социального взаимодействия, и в этой связи авторы утверждают, что молодые люди чрезвычайно восприимчивы к социальным стимулам и негативным последствиям социальной изоляции, одиночества и буллинга, которые являются факторами риска развития депрессий [24, 25]. Крайние формы социальной депривации, в том числе полная социальная изоляция в подростковом и молодом возрасте, оказывают разрушительное воздействие на развитие мозга и поведения. Отмечается, что этот глобальный кризис развился в то время, когда многие молодые люди имеют хорошие возможности для смягчения некоторых из этих социальных недостатков с помощью цифровых средств связи [26].

#### **Социальная поддержка и семья пациента**

Ряд исследователей утверждает, что нейропластичность мозга, которая характеризует раннее развитие ребенка, сохраняется и в подростковом возрасте. Отмечается, что важным фактором формирования здоровой психики является вклад семьи, а также социальная поддержка, особенно на раннем этапе развития, тогда как на более позднем этапе дополнительным важным элементом социальной среды становится влияние сверстников [27, 28].

Социальные факторы, которые могут играть важную роль в создании, поддержании и укреплении здоровья, доминируют в заболеваемости, распространенности и стойкости болезни. В этом отношении очень важно обращать внимание на восприятие социальной поддержки, которая оказывается одним из таких факторов. В последние десятилетия было проведено множество исследований влияния социальной поддержки на психическое здоровье. Социальная поддержка — это явление, которое включает в себя взаимодействие людей, поэтому, когда человек предлагает социальное взаимодействие, это играет важную роль в его здоровье.

В так называемых «восточных» странах авторы указывают на то, что сама по себе социальная

поддержка не важна, важна вера в существование социальной поддержки, при этом известно, что всю поддержку при психическом заболевании в этих странах берет на себя семья заболевшего [29]. Социальная поддержка дает людям, столкнувшимся со стрессовыми физическими и психосоциальными событиями, физические и психологические преимущества и рассматривается как фактор, уменьшающий психологический дистресс при столкновении с различными стрессорами.

За последние десятилетия проведены многочисленные исследования влияния социальной поддержки на психическое здоровье. Поскольку изучение этого аспекта велось в разных популяциях и с использованием различных инструментов и методов, это обусловило разницу в результатах. Одни исследователи выявили сильную корреляцию между социальной поддержкой и психическим здоровьем, другие, напротив, указывают на слабую корреляцию этих феноменов [3].

Описывая значимость социальных факторов, нельзя не остановиться на вкладе семьи в возникновение и развитие психических расстройств. Безусловно, семья играет огромную роль в жизни пациента с ментальными особенностями. Микроклимат и специфика взаимоотношений в семье больного опосредованно влияют на результат лечения и социальное функционирование пациента [30–32].

Основные направления изучения семей пациентов шизофренией касались следующих подходов:

- психодинамического: «шизофреногенная мать» F. Fromm-Reichman (1948), «шизофреногенный отец» Th. Lidz и соавт. (1957), «двойное послание» G. Bateson и соавт. (1956); «психопедагогическая» концепция С. Anderson и соавт. (1986);
- генетического А.В. Снежневского (1972), В.М. Гиндилиса (1975), И.В. Шахматовой-Павловой (1975), М.Е. Вартаняна (1973), В.Е. Голимбет (2003);
- модели диатез–стресс-уязвимость.

Установлено, что родственники пациента испытывают не меньшие, а порой даже и более значительные проблемы, начиная от сильного стресса, который связан с осознанием факта тяжелого заболевания близкого, крушением надежд, личного будущего и будущего пациента. Эти переживания сопровождаются страхом, депрессией, тревогой, ощущением вины, а иногда и потерей работы как пациентом, так и у ухаживающим за ним членом семьи. И это далеко не полный перечень неблагоприятных социальных проблем в семье человека с ментальным расстройством. Члены семьи являются основными помощниками пациентов с психическими заболеваниями, принимая на себя обязанности, традиционно входившие в компетенцию больниц и медицинских работников. Влияние этого сдвига на семью велико и влечет за собой как эмоциональный, так и экономический ущерб. Более трети семей сообщили о восприятии тяжелого бремени трудностей, связанных с психическим расстройством их ребенка или супруга [33].

В самом начале заболевания семья играет ключевую роль, определяя своевременность обращения к врачу, соблюдение лечения, психологическую поддержку. Реакция семьи на факт заболевания близкого родственника и то, как они интерпретируют и осмысливают болезнь, в какой степени, по их мнению, они смогут справиться с проблемами, чрезвычайно важны. Негативное восприятие болезни со стороны родственников повышает дистресс у пациента, а также влияет на неблагоприятный прогноз в будущем. Позитивное раннее взаимодействие с врачами, информированность о заболевании, наоборот, снижают уровень дистресса больного и его семьи. Обращение за помощью может также вызывать у членов семьи противоречивые эмоции, такие как чувство страха, вины и одновременно облегчения и уверенности в своих силах. Все это определяет микроклимат в семье, может стать стрессом и травмой для членов семьи, особенно вскоре после постановки диагноза, когда общение с медицинскими работниками нередко окрашено отчаянием [34].

Таким образом, признается, что в ранний период после постановки первоначального диагноза отношения между отдельными членами семьи и медицинскими работниками приобретают центральное значение, потенциально определяя общий опыт и восприятие бремени ухода, а как следствие, и состояние самого больного. Дополнительными факторами, влияющими на благополучие как пациента, так и ухаживающего за ним, являются групповые взаимодействия между семьями, оказавшимися в подобной ситуации. Поэтому столь важна ранняя комплексная психосоциальная реабилитация, которая в итоге существенно облегчает течение болезни, ее прогноз в связи с тем, что помогает ослабить негативные эмоции у пациента и его родственников, вызванные тяжелым психическим расстройством. Считается, что различное семейное окружение влияет на стратегии преодоления, используемые семьями во время обострений психических расстройств. Это может предсказать повторение эпизодов в будущем, а также общее течение и исход расстройства [34–36].

Влияние специфики внутрисемейных отношений на риск рецидива, прогноз и даже исход психического заболевания привлекали внимание исследователей еще в прошлом веке. В настоящее время считается общепризнанным, что отношения пациентов с членами их семей решающим образом влияют на прогноз заболевания. В клинической психологии активно используется психосоциальный конструкт «выраженные эмоции» (ВЭ). Он содержит три компонента — критику, враждебность и чрезмерную эмоциональную вовлеченность со стороны членов семьи больного с ментальным расстройством. Высокий уровень ВЭ — прогностический фактор ухудшения симптомов заболевания, так как при этом семьи демонстрируют ряд дезадаптивных форм поведения: интернализацию критики и/или неадекватное выражение эмоций и мыслей в ответ на критику как со стороны пациента, так и со стороны ухаживающего лица. Данные исследований,

посвященных связи ВЭ с количеством рецидивов у пациента, происходящих в короткие сроки, подтверждают, что больные шизофренией, живущие в семьях с высоким уровнем ВЭ, в два раза чаще подвержены риску развития рецидива. Вероятность повторного обострения болезни одинакова у мужчин и у женщин; количество рецидивов наименьшее в случае, когда пациент регулярно принимает лекарства и живет в условиях, где уровень ВЭ низкий. Кроме того, конкретные формы выраженных эмоций коррелируют со степенью сплоченности семьи и гибкости позиции отдельных ее членов. На основе исследований в области ВЭ разрабатывается программа психосоциального вмешательства в целях сокращения ВЭ в семьях пациентов с психическими расстройствами, направленная на уменьшение рецидивов болезни [36].

Некоторые исследователи отмечают выраженные изменения и специфику отношений в семье больных эпилепсией, зачастую способствующие развитию вторичной психической патологии у пациентов. Как гиперопека, так и открытая враждебность родственников по отношению к пациенту наряду с частыми внутрисемейными конфликтами, вынужденные ограничения и другое вызывают у больного различные психические расстройства, иногда тяжелые вплоть до психоза [31, 37].

Однако изменения в семье могут быть и позитивными, несмотря на такое событие, как установление психиатрического диагноза одному из ее членов. Изменения могут включать улучшение семейной обстановки, например наличие большей сплоченности в семье, социальной поддержки друг друга. Как правило, позитивные изменения происходят при психосоциальном вмешательстве. Специалисты службы психического здоровья должны признать важность психосоциального лечения, оценки его эффективности и обязательно включать программы психосоциальной поддержки не только пациента, но и членов его семьи [38]. Семейные вмешательства при различных психических расстройствах базируются на подходах, которые должны быть сфокусированы на формировании терапевтического альянса между пациентом и его близкими, с одной стороны, и медицинской полипрофессиональной бригадой, с другой. Научными исследованиями доказано, что психосоциальное вмешательство эффективно и способно предотвратить рецидивы, увеличить приверженность лечению, поддерживать хорошие отношения в семье и социуме, а также оказывать положительное влияние на качество жизни самих пациентов и их родственников [39]. Психосоциальные вмешательства также связаны с субъективной моделью выздоровления. Эти меры способствуют тому, чтобы пациенты могли занять активную позицию в целенаправленности мышления и своих действий, повышении комплаенса, социального функционирования. L. Morin и соавт. (2017) заявили, что без психосоциальных вмешательств лишь один из семи пациентов выздоравливает после первого эпизода психоза, несмотря на психиатрическую

помощь. Авторы также убеждены, что все психосоциальные реабилитационные вмешательства следует рассматривать как доказательные методы лечения шизофрении, и, по их мнению, они должны стать основной частью стандартного лечения этого заболевания [40].

### **Урбанизация и социально-экологическая среда как риск развития психических расстройств**

Ряд исследований демонстрирует взаимодействие между урбанизацией, социально-экологической средой и психическим здоровьем. Исследования показали, что риск серьезных психических заболеваний, как правило, выше в городах по сравнению с сельскими районами. В условиях растущей урбанизации человек все чаще испытывает влияние разнообразных факторов риска из городской социальной среды (например, бедности) или физической среды (например, дорожного шума), что ведет к усилению такого неблагоприятного фактора для психического здоровья, как стресс. Показано, что риск некоторых серьезных психических заболеваний (например, тревожных, психотических, аффективных или зависимых расстройств) обычно выше в городах [41, 42]. То же самое относится и к психотическим расстройствам, например шизофрении. Обнаружено, что риск заболеть шизофренией более чем в два раза выше у лиц, которые первые пятнадцать лет проживали в крупном городе, по сравнению с теми, кто рос в сельской местности [43, 44].

Социальные факторы риска для психического здоровья в городах включают:

- низкий социально-экономический статус человека, например низкий уровень образования и дохода;
- ограниченный социальный капитал, например недостаточность социальной поддержки и ее эффективности;
- социальную сегрегацию, например предполагаемый статус меньшинства, принадлежность к этнической группе.

Городская физическая среда, по сравнению с сельской местностью, может быть значительно более загрязнена, прежде всего, шумом. Неблагоприятными для психического здоровья признаны элементы специфического городского дизайна (высокие здания, которые могут восприниматься как угнетающие), различные физические угрозы (несчастные случаи, насилие), которые в городской среде случаются чаще. Тем самым, вероятно, повышается уровень стресса с негативными последствиями для психического здоровья. В некоторых исследованиях продемонстрировано отрицательное влияние городского воздуха, воды и дорожного движения на психическое здоровье городского населения. Так, приведены данные, что жизнь людей рядом с крупными улицами или аэропортами связана с более высоким уровнем стресса и агрессии [45–48].

В исследовании, проведенном в Германии, показано, что у тех людей, кого сильно раздражает дорожное движение, риск нарушения психического здоровья повышен в 1,8 раза (женщины) и в 2,5 раза (мужчины)

[46]. Также отмечено, что воздействие городского света может дополнительно влиять на циркадные ритмы и изменять характер сна с неблагоприятными последствиями для психического здоровья [47].

Доказано, что городской дизайн может положительно сказываться на психическом здоровье населения. В частности, более широкий доступ к зеленым насаждениям и большая свобода передвижения ассоциированы с меньшей частотой депрессии и повышенной физической активностью, что само по себе может способствовать укреплению здоровья. Кроме того, рекреационные аспекты благоустроенных городских зеленых и синих пространств, по-видимому, связаны с психическим благополучием городского населения. Городские зеленые и синие элементы дополнительно обладают способностью амортизировать эффекты городского теплового острова и снижать тепловой стресс, а также уменьшить «давящее» воздействие высотных зданий [48].

### **Трудовая занятость как стрессовый фактор, провоцирующий возникновение психических расстройств**

Нетрудоспособность по причине психического расстройства в настоящее время по продолжительности опережает нетрудоспособность в связи с проблемами опорно-двигательного аппарата в качестве основной причины отсутствия по болезни на работе или длительной нетрудоспособности в большинстве развитых стран [49].

За последние тридцать лет в научной литературе рассматриваются различные модели стресса на работе, анализируется взаимосвязь между психологическим комфортом и рабочим местом. Авторы создают модели с преимущественным распространением того или иного стрессора на предприятии. Каждая из этих моделей предусматривает определенный тип «рабочего стресса», который должен приводить к росту ментальных заболеваний. Однако количество исследований в области промышленной психиатрии неуклонно растет, выявлено множество потенциальных факторов, связанных с работой, которые могут провоцировать психическое расстройство, например тип рабочей среды, уровень безопасности на работе, восприятие здоровья, когнитивные способности работника, а также стратегии преодоления трудностей, наличие адекватной социальной поддержки. Несмотря на растущий общественный, политический и научный интерес к этой проблеме, очевидно, что консенсус относительно того, какие же именно производственные факторы влияют на психическое здоровье работника, так и не достигнут [50].

Метаанализ риска возникновения психических расстройств на предприятии выявил в общей сложности двенадцать факторов риска возникновения психических расстройств, связанных с работой: высокую трудовую нагрузку и требования работодателя, низкий уровень свободы работника в самостоятельном принятии решений, низкий уровень социальной поддержки

на рабочем месте, дисбаланс между усилиями, приложенными к работе, и вознаграждением, а также специфику межличностных отношений в организации. Так K. Nieuwenhuijzen и соавт. (2010) показали, что низкие уровни организационной и процедурной справедливости в высокой степени коррелируют с повышенной вероятностью возникновения связанных со стрессом расстройств, включая расстройство адаптации [50].

Организационные изменения на предприятии (сокращение штата, переезд, слияние предприятий и увеличение рабочей нагрузки), отсутствие гарантий занятости, статус временной занятости, нетипичные рабочие часы (ночные смены и длительные по продолжительности работы — свыше 40 часов в неделю), незащищенность на рабочем месте, конфликты/буллинг на предприятии, а также ролевой стресс (два наиболее изученных типа ролевого стресса — ролевая двусмысленность, когда работнику не хватает информации о его обязанностях и целях своей роли, и ролевой конфликт, когда существуют два или более противоположных ожидания относительно роли сотрудника) также способствуют возникновению у работников психических расстройств (соматизированных и тревожных психических расстройств, депрессии и др.).

Ряд авторов затрагивает в своих исследованиях, касающихся собственно трудового процесса, такие факторы, как напряженность трудовой и интеллектуальной деятельности, периодичность перерывов, необходимость и частоту принятия «эвристических» решений. Исследователи отмечают, что интеллектуальное и психическое перенапряжение приводит к хронической усталости, синдрому «выгорания», срывам адаптации и, как следствие, к формированию психических расстройств [51].

Наконец, вполне вероятно, что факторы риска, связанные с работой, взаимодействуют с индивидуальными личностными характеристиками индивидуума, его отношением и стилем преодоления трудностей, что может вести к формированию различных психических заболеваний. Это обстоятельство важно учитывать с целью профилактики психических расстройств, причиной которых является непосредственно рабочее место человека [49–51].

### **Гендерные особенности влияния социальных факторов на возникновение ментальных заболеваний**

Различия в психическом здоровье женщин и мужчин объясняются биологическими и психосоциальными аспектами [52]. Если различия на уровне биологии определяются лишь генетическими, анатомическими и физиологическими особенностями, например степенью активности тех или иных половых гормонов, дерегуляцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой функции, то психосоциальные аспекты, связанные с полом, гораздо шире. Они определяются различными ролями: поведенческими нормами, которые обычно свойственны женщинам и мужчинам в данном обществе, гендерной идентичностью, которая определяется

в степени выраженности женственности-мужественности, а также гендерными отношениями — способами взаимодействия с окружающими на основе пола, и наконец, институционализированным гендером, соотношением власти женщин и мужчин в институтах общества, создающим нормы социального поведения [53–57]. Гендерные различия в психическом здоровье можно объяснить и такими фактами, как гендерное насилие, низкая самооценка пораженного в правах [58]. Гармоничное взаимодействие между биологическими и психосоциальными аспектами является важным фактором психического здоровья. При нарушении этого баланса возможно развитие психических расстройств, например депрессии [59].

Взаимосвязь психического здоровья и принадлежности к тому или иному биологическому полу отчасти может смягчаться социально-экономическими и семейными факторами, такими как занятость, образование, ведение домашнего хозяйства, уход за детьми и ответственность за доход семьи. Часто между женщинами и мужчинами практикуются неравные условия в оплате труда, пенсии и т.п. [60].

Гендерные особенности различаются в зависимости от страны и региона. Так, в исследовании, включавшем 48 стран, мужчины постоянно сообщали о более высокой самооценке, чем женщины, но выраженность этого феномена различалась между странами. Так, китайцы и немцы обнаруживали у себя гендерные и культурные различия, например в интенсивности эмоциональных проявлений [61–63]. В специальном исследовании эмоциональных проявлений у разных национальностей в 37 странах не было обнаружено существенных различий между женщинами и мужчинами; вместе с тем во многих странах мужчины сообщали о более «сильных» эмоциях (гнева, страха), тогда как женщины, как правило, сообщали о «слабых» эмоциях (страха, тревоги, тоски). Исследование, направленное на изучение особенностей когниции, ощущения социального и личностного благополучия, выявило лишь небольшие различия между женщинами и мужчинами [64]. Различия в материальном уровне жизни и условиях занятости также могут по-разному сказываться на женщинах и мужчинах. Поэтому при сравнении психического здоровья мужчин и женщин важно учитывать прежде всего различия между странами и регионами.

В целом у лиц женского пола больше проблем с психическим здоровьем, чем у мужчин. Они чаще страдают депрессией, в том числе большим депрессивным расстройством [63]. Депрессия в сочетании с ожирением также чаще наблюдалась у женщин. Суицидальные мысли отмечены чаще у женщин (9,2%) по сравнению с мужчинами (6,0%), однако риск совершения самоубийства был выше для мужчин (0,5%), чем для женщин (0,3%). Наконец, тревога чаще присутствовала среди женщин (55,8%) по сравнению с мужчинами (38,9%). Женщины имели большее количество соматических жалоб по сравнению с мужчинами (28,8% женщин и 16,1% мужчин), а также чаще сообщали об усталости



и проблемах со сном. Кроме того, у женщин чаще встречалось сочетание нарушений сна и депрессивного настроения. Мужчин более беспокоили травмирующие жизненные события, тогда как у женщин в течение жизни чаще развивалось посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) после психотравмирующих событий [64–67].

Одиночество также было более характерно для женщин, особенно в возрасте 35–44 года и 55–64 года. Для пожилых людей, живущих в одиночестве, не обнаружено половых различий по отношению к одиночеству, стрессоустойчивости и удовлетворенности жизнью. Считается, что для пожилых женщин и мужчин, как правило, в связи с ограниченным кругом общения и одиночеством, риски психического расстройства значительно повышаются [68–70].

Социальная поддержка и социальная изоляция часто ассоциируются с психическим здоровьем. Отсутствие социальной поддержки может стать выраженным предиктором как соматических, так и психических заболеваний и у женщин, и у мужчин. Для женщин низкая социальная поддержка связана с более сильным психическим и физическим дистрессом, а женщины без партнера сообщали о более выраженных психосоматических симптомах и чаще были социально изолированы. Кроме того, одинокие пожилые женщины сообщали о более низком субъективном благополучии. Женщины с симптомами депрессии чаще оказывались в социальной изоляции. Независимо от того, страдали ли они депрессией или нет, в социальной изоляции также оказывались женщины зрелого возраста. У одиноких мужчин чаще наблюдалась социальная изоляция и суицидальные тенденции. Профилактическим фактором и для мужчин, и для женщин оказалось наличие социальной поддержки [3, 68, 70].

Как для женщин, так и для мужчин неблагоприятные жизненные события были факторами риска появления соматоформных расстройств, в то время как у мужчин стрессовые события повседневной жизни были предиктором депрессии. Опыт боевых действий, а также несексуальное насилие, нападения были факторами риска развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) как для женщин, так и для мужчин [66, 67].

Исследователями не было обнаружено различий у мужчин и женщин относительно следующих социальных факторов: низкий социально-экономический статус и доход, которые часто приводили у мужчин и женщин к соматизированному расстройству, отрицательно сказывались на благополучии и, как правило, приводили к суицидальным тенденциям. Наличие пяти или более детей, низкий уровень образования и безработица были связаны с ухудшением состояния психического здоровья [70].

### **Чрезвычайные ситуации и психические расстройства**

Психическое здоровье становится центральной проблемой при чрезвычайных ситуациях (ЧС).

Чрезвычайные ситуации — это социальные катастрофы с разрушением политической, экономической, социокультурной и медицинской инфраструктур пострадавшего населения. Катастрофы, как природные, так и техногенные, в большинстве своем непредсказуемы, что повергает людей в состояние страха, шока и беспомощности. В таком состоянии они склонны отрицать происходящее и стараются уйти от реальности, что делает их еще более уязвимыми к различным дезадаптивным реакциям. Последствия ЧС оказывают значительное влияние на социально-экономическое и психическое состояние пострадавших. Так, вследствие социально-экономического стресса, вызванного, например, разлучением семей, отсутствием безопасности, утратой дома и средств к существованию, разрывом социальных связей, среди жертв ЧС развивается психологический дистресс, который может провоцировать развитие различных психических расстройств, причем не только кратковременных, но и хронических, затяжных. К ним относятся и часто встречающиеся в условиях ЧС посттравматическое стрессовое расстройство, острая реакция на стресс, реакции горя, развитие реактивных психозов, спутанности сознания, суицидов, нередко также тревожное расстройство и депрессия, злоупотребление алкоголем и другими ПАВ. Чрезвычайные ситуации могут быть триггером эндогенных психических расстройств, таких как биполярное расстройство и шизофрения. Исследователями отмечено, что психологические последствия ЧС более часты среди детей, женщин и пожилого населения. Поэтому главная цель плана действий по охране психического здоровья в условиях ЧС заключается в решении проблемы человеческих страданий, связанных с психическим нездоровьем [71–74].

Однако, несмотря на трагические последствия ЧС для психического здоровья, они в то же время могут быть использованы для создания устойчивых систем охраны психического здоровья для всех нуждающихся. Помимо вмешательства правительства, которое фокусируется на социально-экономическом положении, особое внимание необходимо уделять психосоциальным вмешательствам. Последние включают различные просветительские программы, психообразовательные занятия, на которых обсуждается, как преобразовать неадекватное поведение в социально приемлемое. Людей информируют о том, как нужно реагировать на стрессовые события, обучают копинг-стратегиям, учат навыкам преодоления трудностей. Вмешательства также включают программу повышения осведомленности, которая помогает людям, оказавшимся в зоне ЧС, практически визуализировать ситуацию и принимать эффективные меры, чтобы привить им терпение и стойкость. Психосоциальное вмешательство помогает адаптироваться к изменениям, которые люди испытывают после стихийных бедствий или техногенных катастроф, а также нормализовать свое психическое здоровье, несмотря на потери. Психологические вмешательства помогают достичь улучшения

непосредственно после психотравмирующего события, однако в последнее время имеется тенденция к росту числа отдаленных последствий ЧС, которые могут сопровождать человека в течение всей жизни [73].

Согласно научным источникам, примерно у каждого пятого пострадавшего от военных действий, катастроф (22%) за последние 10 лет выявляется то или иное психическое расстройство, у каждого одиннадцатого — это расстройство тяжелое [72]. В связи с вышеизложенным необходимо обеспечивать доступность своевременной психиатрической и психологической помощи в условиях кризисов и конфликтов.

### **Сетевая теория психических расстройств**

Сетевой подход к психопатологии постулирует, что психические расстройства можно рассматривать и изучать как причинно-следственные системы взаимно усиливающих друг друга симптомов. Этот подход, впервые предложенный в 2008 г., значительно расширился за последнее десятилетие и в настоящее время стал полноценной областью психиатрических исследований [75].

Сетевая теория психических расстройств D. Borsboom и соавт. (2017) предполагает, что психические расстройства не являются изолированными состояниями, скорее, они взаимосвязаны с другими состояниями психического и физического здоровья, а также с различными социальными причинами, факторами окружающей среды и образом жизни. В этой теории психические расстройства рассматриваются как сетевые системы, в которых различные факторы взаимодействуют и влияют друг на друга. Например, депрессия может быть связана со стрессом, который, в свою очередь, может быть связан с недосыпанием и т.п. Сетевая теория психических расстройств направлена на понимание сложного взаимодействия факторов, способствующих развитию и поддержанию психических расстройств, и на установления ключевых точек в сети, которые могут быть мишенями вмешательства и лечения. Согласно традиционной точке зрения, психическое заболевание является единственной причиной всех его симптомов, поэтому для его лечения необходимо терапевтически воздействовать на само расстройство, после чего симптомы могут исчезнуть. Так, например, шизофрению лечат одним способом, а соматизированное расстройство — другим [76, 77].

Утверждается, что факторы окружающей среды могут влиять и определять силу связи между симптомами, напрямую на них воздействуя. Кроме того, считается, что между отдельными симптомами могут существовать петли обратной связи, а причинно-следственные связи между симптомами и факторами окружающей среды обычно представляются как однонаправленные, т.е. факторы окружающей среды влияют на симптомы. Действительно, факторы окружающей среды обычно представляются как катализаторы или фоновые элементы сети симптомов, которые могут быть активированы факторами, внешними по отношению к человеку, но после активации фактором среды сама сеть симптомов

становится самоподдерживающейся. Например, такой фактор среды, как потеря партнера, может привести к следующим симптомам: подавленному настроению, депрессии, что, в свою очередь, вызывает бессонницу, тревогу и прочие нарушения [78].

Говоря иначе, сетевая теория психических расстройств предполагает, что психические расстройства связаны со многими различными факторами, в том числе социальными, и их эффективное лечение требует комплексного подхода, охватывающего всю сеть, не ограничиваясь рамками психической патологии. Эта идея естественным образом ведет к всеобъемлющей модели психопатологии, включающей в себя общую модель объяснения психических расстройств, а также новые определения связанных с ними понятий, таких как психическое здоровье, устойчивость (жизнестойкость), уязвимость и ответственность.

Сетевая теория имеет важные последствия для лечения, поскольку предполагает, что одного подхода к лечению может быть недостаточно для устранения всего спектра факторов, способствующих психическому расстройству. Вместо этого более целостный и скоординированный подход, учитывающий множество факторов в сети, может оказаться более эффективным [76].

Сетевая теория, по мнению ее сторонников, может дать причинно-механистическое объяснение психических расстройств. Однако для этого должны быть соблюдены определенные условия. Например, нельзя формулировать причинно-следственные связи, основываясь только на сетевом анализе, а определение причинно-следственной связи требует, чтобы психические расстройства и их симптомы соответствовали критериям подходящих вмешательств, что не всегда возможно. Механистическое описание психических расстройств возможно только тогда, когда они поддаются декомпозиции, но даже и в этом случае могут возникнуть трудности [78]. Существует и точка зрения, что психические расстройства можно объяснить с помощью характеристик самих сетей симптомов (топологическая объяснительная стратегия). Так, D. Borsboom (2017) утверждает, что психопатологическая сеть и междиагностическая сеть, которая включает все возможные психиатрические симптомы, имеют нетривиальную топологию, в которой одни симптомы более тесно взаимосвязаны, чем другие. Эти группы симптомов порождают феноменологическое проявление психических расстройств как групп симптомов, которые часто возникают вместе. Таким образом, сеть психопатологии характеризуется кластеризацией, т.е. группами сильно связанных узлов [77].

Существует и многоуровневая сетевая теория психических расстройств, которая может быть определена как сеть сетей, или сеть, состоящая из нескольких уровней со связями между уровнями и внутри них [76]. Многоуровневая сетевая теория сильно отличается от традиционного взгляда на причину психических расстройств, который объясняет относительно прямо, что

психические расстройства являются расстройствами мозга. На первый взгляд, это кажется гораздо проще, чем обращаться к описанию психических расстройств, включающему различные типы факторов и отношения между ними. Однако маловероятно, что объяснения психических расстройств в конечном счете просты. Об этом говорит и отсутствие эмпирической поддержки традиционной точки зрения.

Возможно, более предпочтительным вариантом трактовки причин происхождения расстройств будет как раз тот, который не упрощает, а, напротив, учитывает всю их сложную и многогранную природу. Взгляды исследователей, которые развивают это направление, могут в конечном итоге обеспечить более полное понимание психических расстройств и предоставить больше практических рекомендаций для психиатрической практики. Развитие сетевой теории психических расстройств, возможно, в скором будущем сможет объяснить сложные многоуровневые взаимосвязи в развитии психического расстройства. Однако это еще не означает, что многослойная сетевая структура является единственной концептуализацией психического расстройства, которая отражает его сложность [79].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ современных источников литературы подтверждает значимость социальных факторов, которые, с одной стороны, могут усиливать уязвимость пациента в отношении развития психического расстройства, играть существенную роль в вероятности его проявления, в сроках возникновения манифестации болезни, а с другой — могут защитить человека от болезни. Точки зрения исследователей относительно биопсихосоциальной модели расходятся. Одни авторы считают целостный подход модели к заболеванию, учитывающий биологическую, психологическую и социальную составляющие, фундаментом объяснения этиопатогенетических взаимодействий при формировании психического расстройства. Есть и противники биопсихосоциальной модели, которые находят ее формулировки нечеткими, отмечают, что она бессильна дать конкретные рекомендации по терапии расстройств.

Большинство исследователей, как отечественных, так и зарубежных, сходятся во мнении о важности влияния детской психологической травмы на возникновение в дальнейшем психического расстройства. Несомненной признается и роль семьи в возникновении и развитии ментального заболевания. Многие авторы отмечают негативную роль урбанизации и социально-экологической среды в возникновении психических расстройств. Анализ гендерных особенностей влияния социальных факторов выявил больше проблем с психическим здоровьем у женщин, особенно одиноких. Обнаружены культуральные различия гендерных особенностей возникновения психических расстройств. Единодушно мнение исследователей о важности чрезвычайных ситуаций для возникновения психических

нарушений разной тяжести даже после исчезновения ЧС. Эти данные предполагают возможность создания устойчивых систем охраны психического здоровья, комплекса психосоциальных вмешательств на всех этапах, что помогает поддерживать позитивные социальные отношения, избегать рецидивов заболевания.

Появившаяся недавно и стремительно развивающаяся сетевая теория психических расстройств позволяет по-новому взглянуть на взаимосвязь различных факторов в возникновении и течении ментального заболевания. Она предполагает, что психические расстройства взаимосвязаны со многими факторами, в том числе социальными. Сетевая теория имеет важные последствия для лечения, поскольку предполагает обоснованность устранения всего спектра факторов, способствующих психическому расстройству.

Таким образом, социальные факторы имеют важное значение для понимания этиопатогенеза психических расстройств, механизмов их хронификации или обострения, помогают рационально решать клинико-диагностические, терапевтические, реабилитационные и организационные проблемы пациентов с ментальными нарушениями.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry*. 2014;26(4):392–407. doi: [10.3109/09540261](https://doi.org/10.3109/09540261)
2. Ключник ТП, Смулевич АБ, Зозуля СА, Воронова ЕИ. Нейробиология шизофрении и клинико-психопатологические корреляты (к построению клинико-биологической модели). *Психиатрия*. 2021;19(1):6–15. doi: [10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15)
3. Klyushnik TP, Smulevich AB, Zozulya SA, Voronova EI. Neurobiology of schizophrenia and clinic-psychopathological correlates (to the construction of a clinic-biological model). *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(1):6–15. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-6-15)
4. Harandi TF, Taghinasab MM, Nayeri TD. The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electron Physician*. 2017;9(9):5212–5222. doi: [10.19082/5212](https://doi.org/10.19082/5212)
5. Ortega MA, García-Montero C, Fraile-Martínez O, Alvarez-Mon MA, Gómez-Lahoz AM, Lahera G, Monserrat J, Rodríguez-Jiménez R, Quintero J, Álvarez-Mon M. Immune-Mediated Diseases from the Point of View of Psychoneuroimmunoendocrinology. *Biology*. 2022;11(7):973. doi: [10.3390/biology11070973](https://doi.org/10.3390/biology11070973)
6. Ramos-Lopez O, Milagro FI, Riezu-Boj JI, Martínez JA. Epigenetic signatures underlying inflammation: an interplay of nutrition, physical activity, metabolic diseases, and environmental factors for personalized nutrition. *Inflamm Res*. 2021;70(1):29–49. doi: [10.1007/s00011-020-01425-y](https://doi.org/10.1007/s00011-020-01425-y)
6. St Pourcain B, Haworth CM, Davis OS, Wang K, Timpson NJ, Evans DM, Kemp JP, Ronald A, Price T, Meaburn E,

- Ring SM, Golding J, Hakonarson H, Plomin R, Davey Smith G. Heritability and genome-wide analyses of problematic peer relationships during childhood and adolescence. *Hum. Genet.* 2015;134(6):539–551. doi: [10.1007/s00439-014-1514-5](https://doi.org/10.1007/s00439-014-1514-5)
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science.* 1977;196(4286):129–136. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
8. Strauss J, Bernard P, Harper A. Towards a Biopsychosocial Psychiatry. *Psychiatry.* 2019;82(2):103–112. doi: [10.1080/00332747.2019.1579609](https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1579609)
9. Незнанов НГ, Рукавишников ГВ, Касьянов ЕД, Филиппов ДС, Кибитов АО, Мазо ГЭ. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* 2020;2:7–15. doi: [10.31363/2313-7053-2020-2-3-15](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-3-15)
- Neznanov NG, Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Filippov DS, Kibitov AO, Mazo GE. The biopsychosocial model in psychiatry as an optimal paradigm for modern biomedical research. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva.* 2020;2:7–15. (In Russ.). doi: [10.31363/2313-7053-2020-2-3-15](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-2-3-15)
10. Александровский ЮА. Пограничные психические расстройства: руководство для врачей. 5-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021:552 с. ISBN 978-5-9704-6298-0.
- Alexandrovsky YuA. Borderline mental disorders: physician's manual. 5<sup>th</sup> edition, revised and additional. Moscow: GEOTAR-Media, 2021:552 p. (In Russ.). ISBN 978-5-9704-6298-0
11. Холмогорова АБ. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? *Консультативная психология и психотерапия.* 2014;4(83):8–29.
- Holmogorova AB. The nature of the social cognition violations in mental disorders: how to reconcile biological and social? *Konsul'tativnaya psihologiya i psixoterapiya.* 2014;4(83):8–29. (In Russ.).
12. Papadimitriou G. The “Biopsychosocial Model”: 40 years of application in Psychiatry. *Psichiatriki.* 2017;28(2):107–110. doi: [10.22365/jpsych.2017.282.107](https://doi.org/10.22365/jpsych.2017.282.107)
13. Agnafors S, Svedin CG, Orelan L, Bladh M, Comasco E, Sydsjö G. A Biopsychosocial Approach to Risk and Resilience on Behavior in Children Followed from Birth to Age 12. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017;48(4):584–596. doi: [10.1007/s10578-016-0684-x](https://doi.org/10.1007/s10578-016-0684-x)
14. Wright CD, Tiani AG, Billingsley AL, Steinman SA, Larkin KT, McNeil DW. A Framework for Understanding the Role of Psychological Processes in Disease Development, Maintenance, and Treatment: The 3P-Disease Model. *Front Psychol.* 2019;10:2498. doi: [10.3389/fpsyg.2019.02498](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02498)
15. Sheridan MA, McLaughlin KA. Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends Cogn Sci.* 2014;18(11):580–585. doi: [10.1016/j.tics.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.09.001)
16. McLaughlin KA, Sheridan MA. Beyond Cumulative Risk: A Dimensional Approach to Childhood Adversity. *Curr Dir Psychol Sci.* 2016;25(4):239–245. doi: [10.1177/0963721416655883](https://doi.org/10.1177/0963721416655883)
17. Betts K, Williams G, Najman J, Scott J, Alati R. Exposure to stressful life events during pregnancy predicts psychotic experiences via behaviour problems in childhood. *J Psychiatr Res.* 2014;59:132–139. doi: [10.1016/j.jpsychires.2014.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.08.001)
18. McStay RL, Trembath D, Dissanayake C. Maternal stress and family quality of life in response to raising a child with autism: From preschool to adolescence. *Res Dev Disabil.* 2014;35(11):3119–3130. doi: [10.1016/j.ridd.2014.07.043](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.07.043)
19. Freud S. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud: Volume XVI (1916–1917): Introductory Lectures on Psycho-Analysis (Part III). The Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis; First Edition, London, 1963.
20. Лакан Ж. Семинары. Ред. Жака-Алена Миллера; [пер. с фр.: М. Титовой, А. Черноглазова]. Москва: Гнозис; Логос, 1998.
- Lacan Zh. Seminary. Red. Zhaka-Aljena Millera; [per. s fr.: M. Titovoj, A. Chernoglazova]. Moskva: Gnozis; Logos, 1998. (In Russ.).
21. Казаковцев БА, Демчева НК, Михайлов ВИ. Влияние социокультуральных факторов на психические расстройства больных, связанных со стрессом. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2015;10:3–12.
- Kazakovtsev BA, Demcheva NK, Mikhailov VI. The influence of sociocultural factors on the mental disorders of stress-related patients. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i nejrohirurgii.* 2015;10:3–12. (In Russ.).
22. Касимова ЛН, Демчева НК, Катерная ЮЕ. Влияние социальных факторов на психическое здоровье подростков. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии.* 2017;9:3–13.
- Kasimova LN, Demcheva NK, Katerna YE. Influence of social factors on mental health of adolescents. *Vestnik nevrologii, psichiatrii i nejrohirurgii.* 2017;9:3–13. (In Russ.).
23. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2018;2:223–228. doi: [10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
24. Blakemore SJ, Mills KL. Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annu Rev Psychol.* 2014;65:187–207. doi: [10.1146/annurev-psych-010213-115202](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202)
25. Arseneault L. Annual Research Review: The persistent and pervasive impact of being bullied in childhood and adolescence: implications for policy and practice. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018;59(4):405–421. doi: [10.1111/jcpp.12841](https://doi.org/10.1111/jcpp.12841)



26. Orben A, Tomova L, Blakemore SJ. The effects of social deprivation on adolescent development and mental health. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(8):634–640. doi: [10.1016/S2352-4642\(20\)30186-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30186-3)
27. Mills KL, Goddings AL, Herting MM, Meuwese R, Blakemore SJ, Crone EA, Dahl RE, Güroğlu B, Raznahan A, Sowell ER, Tamnes CK. Structural brain development between childhood and adulthood: Convergence across four longitudinal samples. *Neuroimage*. 2016;1(141):273–281. doi: [10.1016/j.neuroimage.2016.07.044](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.07.044)
28. Nelson EE, Jarcho JM, Guyer AE. Social re-orientation and brain development: An expanded and updated view. *Dev Cogn Neurosci*. 2016;17:118–127. doi: [10.1016/j.dcn.2015.12.008](https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.12.008)
29. Alyafei AH, Alqunaibet T, Mansour H, Ali A, Billings J. The experiences of family caregivers of people with severe mental illness in the Middle East: A systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254351. doi: [10.1371/journal.pone.0254351](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254351)
30. Солохина ТА. Социально-психологические проблемы в семьях больных шизофренией и пути их решения. В сб.: Психическое здоровье и образование. Сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». 2018:199–202.  
Solokhina TA. Social'no-psihologicheskie problemy v sem'jah bol'nyh shizofreniej i puti ih reshenija. V sb.: Psihicheskoe zdorov'e i obrazovanie. Sbornik nauchnyh statej po materialam II Kongressa "Psihicheskoe zdorov'e cheloveka XXI veka". 2018:199–202. (In Russ.).
31. Кузьмина МВ. Влияние семейных факторов на течение и прогноз эпилепсии. *Психическое здоровье*. 2021;(10):27–37. doi: [10.25557/2074-014X.2021.10.27-37](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.10.27-37)  
Kuzminova MV. Influence of family factors on the course and prognosis of epilepsy. *Mental Health*. 2021;(10):27–37. (In Russ.). doi: [10.25557/2074-014X.2021.10.27-37](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.10.27-37)
32. Общественные формы помощи в психиатрии: история и современность. Под ред. Т.А. Солохиной, В.В. Ястребовой. М.: ИД «Городец». 2019:392.  
Obshhestvennye formy pomoshhi v psichiatrii: istorija i sovremennost'. Pod red. T.A. Solohinoj, V.V. Jastrebovoj. M.: ID "Gorodec". 2019:392. (In Russ.).
33. Caqueo-Úrizar A, Rus-Calafell M, Thomas KJ, Irarrazaval M, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Report*. 2017;19(1):2. doi: [10/1007/s11920-017-0756-z](https://doi.org/10/1007/s11920-017-0756-z)
34. Солохина ТА, Кузьмина МВ, Митихин ВГ. Эффективность психообразовательной программы членов семей, осуществляющих уход за больными шизофренией с первым психотическим эпизодом. *Психическое здоровье*. 2021;(8):13–23. doi: [10.25557/2074-014X.2021.08.13-23](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.08.13-23)
- Solokhina TA, Kuzminova MV, Mitikhin VG. The effectiveness of the psychoeducational program for family members caring for patients with schizophrenia with a first psychotic episode. *Mental Health*. 2021;(8):13–23. (In Russ.). doi: [10.25557/2074-014X.2021.08.13-23](https://doi.org/10.25557/2074-014X.2021.08.13-23)
35. Cairns VA, Reid GS, Murray C. Family members' experience of seeking help for first-episode psychosis on behalf of a loved one: a meta-synthesis of qualitative research. *Early Interv Psychiatry*. 2015;9(3):185–199. doi: [10.1111/eip.12157](https://doi.org/10.1111/eip.12157)
36. Ng SM, Fung MH, Gao S. High level of expressed emotions in the family of people with schizophrenia: has a covert abrasive behaviours component been overlooked? *Heliyon*. 2020;6(11):e05441. doi: [10.1016/j.heliyon.2020.e05441](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05441)
37. Кузьмина МВ. Депрессивные, тревожные и обсессивно-фобические расстройства у больных эпилепсией. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2014;1:23–25.  
Kuzminova MV. Depressive, anxiety and obsessive-phobic disorders in patients with epilepsy. *Sovremennaja terapija v psichiatrii i neurologii*. 2014;1:23–25. (In Russ.).
38. Grácio J, Gonçalves-Pereira M, Leff J. What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Fam Process*. 2016;55(1):79–90. doi: [10.1111/famp.12155](https://doi.org/10.1111/famp.12155)
39. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, Sifakis S, Wu H, Wang D, Salanti G, Furukawa TA, Barbui C, Leucht S. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):969–980. doi: [10.1016/S2215-0366\(21\)00243-173](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00243-173)
40. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2017;8:100. doi: [10.3389/fpsyt.2017.00100](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00100) PMID: 28659832; PMCID: PMC5467004.
41. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and Mental Health. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(8):121–127. doi: [10.3238/arztebl.2017.0121](https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121)
42. Long J, Huang G, Liang W, Liang B, Chen Q, Xie J, Jiang J, Su L. The prevalence of schizophrenia in mainland China: evidence from epidemiological surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2014;130(4):244–256. doi: [10.1111/acps.12296](https://doi.org/10.1111/acps.12296)
43. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen HU. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2014;23(3):304–319. doi: [10.1002/mpr.1439](https://doi.org/10.1002/mpr.1439)

44. Rapp MA, Kluge U, Penka S, Vardar A, Aichberger MC, Mundt AP, Schouler-Ocak M, Mösko M, Butler J, Meyer-Lindenberg A, Heinz A. When local poverty is more important than your income: Mental health in minorities in inner cities. *World Psychiatry*. 2015;14(2):249–250. doi: [10.1002/wps.20221](https://doi.org/10.1002/wps.20221)
45. Seidler A, Wagner M, Schubert M, Dröge P, Pons-Kühnemann J, Swart E, Zeeb H, Hegewald J. Myocardial Infarction Risk Due to Aircraft, Road, and Rail Traffic Noise. *Dtsch Arztebl Int*. 2016;17;113(24):407–414. doi: [10.3238/arztebl.2016.0407](https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0407)
46. Hammersen F, Niemann H, Hoebel J. Environmental Noise Annoyance and Mental Health in Adults: Findings from the Cross-Sectional German Health Update (GEDA) Study 2012. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(10):954. doi: [10.3390/ijerph13100954](https://doi.org/10.3390/ijerph13100954)
47. Cho Y, Ryu SH, Lee BR, Kim KH, Lee E, Choi J. Effects of artificial light at night on human health: A literature review of observational and experimental studies applied to exposure assessment. *Chronobiol Int*. 2015;32(9):1294–1310. doi: [10.3109/07420528.2015.1073158](https://doi.org/10.3109/07420528.2015.1073158)
48. Cohen-Cline H, Turkheimer E, Duncan GE. Access to green space, physical activity and mental health: a twin study. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(6):523–529. doi: [10.1136/jech-2014-204667](https://doi.org/10.1136/jech-2014-204667)
49. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, Bryant RA, Christensen H, Mitchell PB. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017;74(4):301–310. doi: [10.1136/oemed-2016-104015](https://doi.org/10.1136/oemed-2016-104015)
50. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M. Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med (Lond)*. 2010;60(4):277–286. doi: [10.1093/occmed/kqq081](https://doi.org/10.1093/occmed/kqq081)
51. Чуркин АА, Демчева НК. Выявление групп риска по формированию психических расстройств, связанных с напряженностью трудового процесса. *Психическое здоровье*. 2012;10;12(79):90–98. Churkin AA, Demcheva NK. Identification of risk groups for the formation of mental disorders associated with the intensity of the labor process. *Mental health*. 2012;10;12(79):90–98. (In Russ.).
52. Tannenbaum C, Greaves L, Graham ID. Why sex and gender matter in implementation research. *BMC Med Res Methodol*. 2016;16:145. doi: [10.1186/s12874-016-0247-7](https://doi.org/10.1186/s12874-016-0247-7)
53. Eagly AH, Wood W. Social Role Theory of Sex Differences. *The Wiley Blackwell encyclopedia of gender and sexuality studies*. 2016:1–3. doi: [10.1002/9781118663219wbegss183](https://doi.org/10.1002/9781118663219wbegss183)
54. Kuehner C. Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):146–158. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
55. Li SH, Graham BM. Why are women so vulnerable to anxiety, trauma-related and stress-related disorders? The potential role of sex hormones. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:73–82. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30358-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30358-3)
56. Bangasser DA, Valentino RJ. Sex differences in stress-related psychiatric disorders: neurobiological perspectives. *Front Neuroendocrinol*. 2014;35:303–319. doi: [10.1016/j.yfrne.2014.03.008](https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.008)
57. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017;4:159–170. doi: [10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
58. Beutel ME, Brähler E, Tibubos AN. Gender und psychische gesundheit: bedeutung für die psychotherapeutische Praxis. In: Moeslein-Teising I, Schäfer G, Martin R, Hrsg. *Geschlechter-Spannungen*. 1st ed. Gießen: Psychosozial-Verlag. 2019:54–65. doi: [10.30820/9783837976229-54](https://doi.org/10.30820/9783837976229-54)
59. Leupp K. Depression, work and family roles, and the gendered life course. *J Health Soc Behav*. 2017;58:422–441. doi: [10.1177/0022146517737309](https://doi.org/10.1177/0022146517737309)
60. O'Neil A, Russell JD, Thompson K, Martinson ML, Peters SAE. The impact of socioeconomic position (SEP) on women's health over the lifetime. *Maturitas*. 2020;140:1–7. doi: [10.1016/j.maturitas.2020.06001](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.06001)
61. Bleidorn W, Arslan RC, Denissen JJ, Rentfrow PJ, Gebauer JE, Potter J, Gosling SD. Age and gender differences in self-esteem — A cross-cultural window. *J Pers Soc Psychol*. 2016;111(3):396–410. doi: [10.1037/pspp0000078](https://doi.org/10.1037/pspp0000078) Epub 2015 Dec 21. PMID: 26692356.
62. Gong X, Wong N, Wang D. Are gender differences in emotion culturally universal? Comparison of emotional intensity between Chinese and German samples. *J Cross Cult Psychol*. 2018;49:993–1005. doi: [10.1177/0022022118768434](https://doi.org/10.1177/0022022118768434)
63. Zell E, Krizan Z, Teeter SR. Evaluating gender similarities and differences using metasynthesis. *Am Psychol*. 2015;70(1):10–20. doi: [10.1037/a0038208](https://doi.org/10.1037/a0038208) PMID: 25581005.
64. König J, Block A, Becker M, Fenske K, Hertel J, Van der Auwera S, Zymara K, Völzke H, Freyberger HJ, Grabe HJ. Assessment of subjective emotional valence and long-lasting impact of life events: development and psychometrics of the Stralsund Life Event List (SEL). *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):105. doi: [10.1186/s12888-018-1649-3](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1649-3) PMID: 29669535; PMCID: PMC5907180.
65. Atasoy S, Johar H, Fang X, Kruse J, Ladwig K. Cumulative effect of depressed mood and obesity on type II diabetes incidence: findings from the MONICA/KORA cohort study. *J Psychosom Res*. 2018;115:66–70. doi: [10.1016/j.jpsychores.2018.10007](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.10007)
66. Beutel ME, Wiltink J, GhaemiKerahrodi J, Tibubos AN, Brähler E, Schulz A, Wild P, Münzel T, Lackner K, König J, Pfeiffer N, Michal M, Henning M. Somatic symptom load in men and women from middle to high age in the Gutenberg Health Study — association with psychosocial and somatic factors. *Sci Rep*. 2019;14;9(1):4610. doi: [10.1038/s41598-019-40709-0](https://doi.org/10.1038/s41598-019-40709-0)

67. Lukaschek K, Kruse J, Emeny RT, Lacruz ME, von Eichenhart Rothe A, Ladwig KH. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013;48(4):525–532. doi: [10.1007/s00127-012-0585-7](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0585-7)
68. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M, Wiltink J, Wild PS, Münzel T, Lackner KJ, Tibubos AN. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry.* 2017;17:97. doi: [10.1186/s12888-017-1262-x](https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x)
69. Zebhauser A, Baumert J, Emeny RT, Ronel J, Peters A, Ladwig KH. What prevents old people living alone from feeling lonely? Findings from the KORA-age-study. *Aging Ment Health.* 2015;19:773–780. doi: [10.1080/13607863.2014977769](https://doi.org/10.1080/13607863.2014977769)
70. Lukaschek K, Vanajan A, Johar H, Weiland N, Ladwig KH. “In the mood for ageing”: determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):126. doi: [10.1186/s12877-017-0513-5](https://doi.org/10.1186/s12877-017-0513-5)
71. Mollica RF, Lopes Cardozo B, Osofsky HJ, Raphael B, Ager A, Salama P. Mental health in complex emergencies. *The Lancet.* 2004;364(9450):2058–2067. doi: [10.1016/S0140-6736\(04\)17519-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17519-3)
72. Wagner Z, Heft-Neal S, Bhutta ZA, Black RE, Burke M, Bendavid E. Armed conflict and child mortality in Africa: a geospatial analysis. *Lancet.* 2018;392(10150):857–865. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31437-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31437-5)
73. Bürgin D, Anagnostopoulos D; Board and Policy Division of ESCAP, Vitiello B, Sukale T, Schmid M, Fegert JM. Impact of war and forced displacement on children’s mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2022;31(6):845–853. doi: [10.1007/s00787-022-01974-z](https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z)
74. Haider II, Tiwana F, Tahir SM. Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci.* 2020;36:90–94. doi: [10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756](https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2756)
75. Robinaugh DJ, Hoekstra RHA, Toner ER, Borsboom D. The network approach to psychopathology: a review of the literature 2008–2018 and an agenda for future research. *Psychol Med.* 2020;50(3):353–366. doi: [10.1017/S0033291719003404](https://doi.org/10.1017/S0033291719003404)
76. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry.* 2017 Feb;16(1):5–13. doi: [10.1002/wps.20375](https://doi.org/10.1002/wps.20375)
77. Borsboom D, Cramer AOJ, Kalis A. Brain disorders? Not really: why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behav Brain Sci.* 2019;42:1–63. doi: [10.1017/S0140525X17002266](https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266)
78. Craver CF, Kaplan DM. Are more details better? On the norms of completeness for mechanistic explanations. *Br J Philos Sci.* 2018;71:1–33. doi: [10.1093/bjps/axy015](https://doi.org/10.1093/bjps/axy015)
79. Kivelä M, Arenas A, Barthelemy M, Gleeson JP, Moreno Y, Porter MA. Multilayer networks. *J Complex Netw.* 2014;2(3):203–271. doi: [10.1093/comnet/cnu016](https://doi.org/10.1093/comnet/cnu016)

#### Сведения об авторах

Марианна Владимировна Кузьмина, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-5234-5877>  
kuzminova-m-v@yandex.ru

Татьяна Александровна Солохина, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, заведующий отделом, отдел организации психиатрических служб, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>  
tsolokhina@live.ru

#### Information about the authors

Marianna V. Kuzminova, Cand. of Sci. (Med.), Department of Psychiatric Services Organization, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-5234-5877>  
kuzminova-m-v@yandex.ru

Tatyana A. Solokhina, Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Head of Department, Department of Psychiatric Services Organization, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-3235-2476>  
tsolokhina@live.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
There is no conflict of interests.

Дата поступления 19.05.2023  
Received 19.05.2023

Дата рецензирования 12.08.2023  
Revised 12.08.2023

Дата принятия 25.09.2023  
Accepted for publication 25.09.2023