

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ КЛАСТЕРІВ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ

У статті проведено структурно-рівневий аналіз соціально-психологічних чинників афективних розладів осіб зрілого віку в кризові періоди життя та здійснено їх диференціацію на макро-, мезо- та мікрорівнях; розкрито особливості організації та методи дослідно-експериментальної роботи щодо визначення соціально-психологічних особливостей тривожних та депресивних кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя; наведено її результати та проведено їх узагальнення.

Ключові слова: особистість зрілого віку, тривожні розлади, депресивні розлади, афективні розлади.

Постановка проблеми. Трансформаційні зміни у соціокультурній, економічній, політичній ситуації, що відбуваються в країні за останнє десятиліття, породжують нові реалії, які потребують наукового осмислення і якісно нових підходів до їх вивчення та практичного врахування [1; 4]. На сучасному етапі розвитку країни виняткового значення набуває наукове дослідження та вирішення соціально-психологічних аспектів проблеми відновлення психічного здоров'я особистості, пов'язаної зі значним зростанням розладів афективного спектру, які вкрай негативно впливають на якість життя, соціальну адаптацію людини та підвищують суїцидальний ризик, особливо в кризові періоди її життя, зокрема в осіб зрілого віку. Тому проблема визначення детермінант та чинників, що впливають на виникнення та перебіг цих розладів під час вікових криз зрілості є особливо актуальною та затребуваною у часі. При цьому цілісний погляд на означену проблему залишається поза увагою дослідників.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Залишаються дискусійними критерії виділення різних варіантів розладів афективного спектру, кордони між ними, чинники їх виникнення та методи допомоги. Можна констатувати, що проблема соціально-психологічних засобів корекції афективних розладів особистості розроблена недостатньо і в теоретико-методологічному, і у практично-впроваджувальному аспектах. Дослідження за цією проблематикою майже виключно були пов'язані з медичними та медико-психологічними аспектами щодо ефективності комбінації медикаментозної терапії та психотерапії цих розладів (Н. Жигаренко, С. Казакова, Н. Марута, М. Овчаренко, В. Підлубний та ін.). Лише в останні десятиліття в психології з'явилися дослідження, присвячені вивченню інтерперсональних факторів розладів афективного спектру в групі ризику – серед соціальних сиріт, у дітей, які навчаються за програмами підвищеної складності, у молоді з культом фізичної досконалості (С. Волікова, Н. Гаранян, Г. Петрова, А. Холмогорова та ін.), емоційної дезадаптації у студентської молоді (Я. Євдокимова, О. Хлівна та ін.), психологічних факторів впливу на розвиток психосоматичних розладів (Д. Харченко). Проте, наразі відсутні дослідження впливу різнорівневих соціально-психологічних чинників на розвиток афективних розладів осіб зрілого віку в кризові періоди їхнього життя. Пошук шляхів вирішення цієї проблеми є важливою самостійною науковою задачею, вирішення якої передбачає розробку методологічних засобів інтеграції, проведення комплексних емпіричних досліджень соціально-психологічних чинників розладів афективного спектру у осіб зрілого віку в кризові періоди їх життя і розробку науково обґрунтованих інтеграційних методів та соціально-психологічної системи психокорекції цих розладів.

Мета статті – визначити соціально-психологічних особливостей тривожних та депресивних кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя.

Виклад основного матеріалу і результатів дослідження. Організація та проведення дослідження соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя здійснювалося з опорою на основні положення системного, синергетичного, структурно-функціонального, генетико-моделюючого та інтегративно-диференціального підходів.

На підставі теоретико-методологічного аналізу проблеми дослідження та одержаних даних виявлено провідні соціально-психологічні чинники афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя. Наголошується, що визначення зазначених чинників базується на основних принципах психологічного дослідження: науковій обґрунтованості задіяних методик, їх валідності та надійності, принципу комплексності діагностики та об'єктивності висновків психодіагностичного обстеження. Статистичний аналіз уможлилювався завдяки застосуванню факторного аналізу, методу головних компонент. За результатами факторного аналізу було виокремлено 19 головних факторів із власним значенням більше одиниці, які піддавалися обертанню за методом Varimax. Такі фактори пояснюють 78,4% сукупної (загальної) дисперсії.

Встановлено, що серед макросоціальних чинників, які впливають на виникнення і розвиток афективних розладів особистості зрілого віку у кризові періоди життя виокремлено: соціально-демографічні та соціально-економічні, соціально-політичні (невисокий рівень соціально-економічного статусу); культуральні норми і цінності (патогенні цінності і установки культури, як-то культ досконалості, модель замкнутого існування з ізоляцією від світу і концепцією оточення як ворожого, а життя як важкого і небезпечного; культ сили і культ рацію, які ведуть, з одного боку, до зростання числа негативних емоцій, а з іншого – заборону на їх переживання і вираження); норми емоційної поведінки з обмежувальною можливістю вербального вираження емоцій (культуральні стереотипи, пов'язані з культом стриманості, сили, успіху і досконалістю); культивуванні високих перфекціоністських стандартів сучасного суспільства (щодо рівня освіти, зовнішності тощо) (С. Волікова, Н. Гаранян, А. Холмогорова).

Констатовано, що макросоціальні чинники і процеси у вигляді стандартів і цінностей суспільства, а також соціально-економічних змін, безпосередньо позначаються на сім'ях – на їх структурі, функціонуванні, еволюції та ідеології. Аналіз соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя показав значущість сімейних чинників у виникненні та розвитку розладів афективного спектру, що включають структуру сім'ї, особливості сімейного функціонування, сімейну історію, сімейні цінності і норми (А. Холмогорова).

За даними дослідників, сімейну структуру осіб з розладами афективного спектру характеризують: симбіотичні зв'язки, роз'єднаність, закриті кордони, причому за деякими даними для тривожних респондентів більш характерні симбіози, а для депресивних – роз'єднаність; на рівні особливостей сімейного функціонування виокремлюють високий рівень відкидання в поєднанні з авторитарним тиском з боку батьків (за деякими даними з боку обох) для депресивних респондентів, високий рівень контролю та гіперопіку для осіб з тривожними розладами.

В аспекті макродинаміки сімейних систем осіб з розладами афективного спектру отримано дані про досвід насильства в сім'ї, важких хвороб і смертей, розлучень, ранньої сепарації. На рівні сімейних цінностей і норм дослідники відзначають перфекціоністські установки, цінність успіху і досягнень, високу конкурентність (О. Кононенко, В. Павлова, А. Холмогорова).

Останнім часом зростає число досліджень про роль психологічного стресу у походженні розладів афективного спектру. Виокремлюються різні типи стресорів – хронічні повсякденні стресори і стресогенні життєві події [2; 5]. З'ясовано, що існує певний зв'язок між переживанням стресових подій і настанням депресивного розладу, міцність зв'язку з цим варіюється, за даними різних авторів, в залежності від застосовуваних методів вивчення стресогенних життєвих подій. Зв'язок тривожних розладів і стресогенних

життєвих подій менш досліджених. Досить надійні дані є щодо до панічного розладу, агорафобії [2; 3].

Аналіз соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя показав значущість соціальної підтримки у психічному здоров'ї особистості. Як показують ці дослідження, дефіцит близьких підтримуючих міжособистісних відносин, формальні, поверхневі контакти тісно пов'язані з ризиком виникнення різних емоційних порушень і соціальної адаптації. Проте, відзначається дефіцит досліджень соціальної підтримки у осіб зрілого віку з розладами афективного спектру, перш за все з тривожними розладами; потребує подальшої перевірки гіпотеза зв'язку досвіду відносин в батьківській родині і якості інтерперсональних відносин у осіб зрілого віку в кризові періоди життя.

Визначено, що домінують дослідження різних типів особистості (типологічний підхід), як фактора уразливості щодо розладів афективного спектру і параметричний підхід – дослідження окремих особистісних рис, установок і переконань, а також дослідження афективно-когнітивного стилю особистості. У сучасних дослідженнях депресивних і тривожних розладів негативний прогноз психотерапії пов'язується з такими особистісними рисами, як перфекціонізм і ворожість.

Встановлено, що збільшення психологічного віку досліджуваних з афективними розладами супроводжується несприятливим емоційним фоном (апатія, страх), зниженням усвідомленості життя і негативним ставленням до майбутнього. Оцінка власних здібностей і можливостей самореалізації стає більш песимістичною, починають переважати прагматичні цінності комфорту, достатку, спокою. Натомість зменшення психологічного віку досліджуваних контрольної групи супроводжується зростанням інтересу до життя (теперішнього і майбутнього), збільшенням свідомості життя і значущості досягнень, підвищенням активності (збільшення інтернальності в області виробничих відносин, орієнтація на продуктивне життя і впевненість у собі).

Наголошується, що переважно більшість як зарубіжних, так і вітчизняних досліджень осіб з розладами афективного спектру були присвячені вивченню окремих факторів, комплексні дослідження майже не представлені. У той же час, більшість таких досліджень проведено на дитячій та підлітковій вибірці. У зв'язку з цим подальші емпіричні студії були спрямовані на вивчення специфіки тривожних та депресивних кластерів афективних розладів, як найбільш поширених та суїцидонебезпечних у кризові періоди життя особистості зрілого віку.

Дослідження тривожного та депресивного кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя проводилося з урахуванням таких положень: існує структура взаємопов'язаних характеристик, що зумовлюють актуалізацію тривожного та депресивного кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя; умовами їх проявів є як інтенсивність переживання кризових періодів життя в зрілому віці, так і наявність певних особистісних диспозицій; виникненню і розвитку тривожного та депресивного кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя сприяють соціально-психологічні чинники макро-, мезо та мікрорівня.

З метою визначення специфіки тривожного та депресивного кластерів афективних розладів було застосовано: інтегративний тест тривожності (О. Бізюк, Л. Вассерман, Б. Іовлев), опитувальники тривоги, депресії (А. Бек), ворожнечі (А. Холмогорова, Н. Гаранян, Т. Юдеева), тести з визначення соціально-психологічного типу особистості (В. Мініяров) та рівня соціалізованості (М. Рожков), структуроване інтерв'ю “Шкала стресогенних подій сімейної історії” (А. Холмогорова, Н. Гаранян), опитувальник “Стилі емоційної комунікації в сім'ї” (А. Холмогорова, С. Волікова), “Інтегративний опитувальник соціальної мережі” (А. Холмогорова, Н. Гаранян, Г. Петрова), опитувальник соціальної підтримки (F-SOZU-22, G. Sommer, T. Fydrich), шкала вимірювання міжперсональної підтримки (С. Кохен, Р. Мермелштайн, Т. Камарк, Х. Хоберман), тест “Індикатор мережі соціальної підтримки” (К. Катрона, Д. Рассел).

За результатами аналізу факторного навантаження з'ясовано, що існують групи змінних, які мають взаємозв'язки, що є структурно організованими та виокремлено такі структури: першу структуру тривожного кластеру утворюють високі рівні особистісної (0,527) та ситуативної (0,672) тривожності, емоційна нестійкість (0,741), інфантильний (0,312) та тривожний (0,387) типи особистості; друга структура містить високу ситуативну тривожність (0,621), домінуючий (0,408) або конформний (0,227) типи особистості; третя структура містить тривогу (0,289) та тривожні властивості (0,226), а в утриманні цієї структури беруть участь особистісні властивості, які утворюють сензитивний (0,721) або інтровертивний (0,624) типи особистості.

З високим рівнем особистісної тривожності пов'язані такі її складові: емоційний дискомфорт ($r=0,712$, $p\leq 0,01$), астеничний ($r=0,679$, $p\leq 0,01$) та фобічний компоненти ($r=0,628$, $p\leq 0,01$), оцінка перспективи ($r=0,668$, $p\leq 0,01$). Емоційний дискомфорт у складі особистісної тривожності корелює з емоційною нестійкістю ($r=0,534$, $p\leq 0,01$); астеничний компонент у складі особистісної тривожності позитивно корелює з потребою у безпеці ($r=0,442$; $p\leq 0,01$), фобічний компонент у складі особистісної тривожності пов'язаний з емоційною нестійкістю ($r=0,409$, $p\leq 0,01$) та інфантильним типом особистості ($r=0,354$, $p\leq 0,01$).

З'ясовано, що особистісні характеристики змінюються залежно від віку та рівня освіти, що встановлено за допомогою дисперсійного аналізу. Статистично значуща різниця між групами різних за віком та освітою респондентів виявлена за такими змінними: тривожна оцінка перспективи у складі ситуативної тривожності ($F=2,376$, $p\leq 0,01$), ситуативна тривожність ($F=5,443$, $p\leq 0,01$), емоційний дискомфорт ($F=4,811$, $p\leq 0,01$), тривожна оцінка перспективи ($F=4,659$, $p\leq 0,01$) у складі особистісної тривожності; серед типів особистості: сензитивний ($F=5,706$, $p\leq 0,01$), інфантильний ($F=3,342$, $p\leq 0,01$), конформний ($F=3,128$, $p\leq 0,01$). Отже, у молодших за віком групах респондентів із середньою та середньо-спеціальною освітою афективні розлади тривожного та депресивного спектру актуалізуються у більшому ступені, що може згодом закріплюватися на рівні стійких особистісних диспозицій.

Підсумовуючи результати, отримані у ході статистичного аналізу, встановлено, що чинниками актуалізації тривожного спектру афективних розладів у осіб зрілого віку в кризові періоди життя є незадоволені потреби безпеки і саморозвитку, тривожний та інфантильний типи особистості, такі особистісні риси, як нерішучість, консерватизм, упереджувачий чи контролюючий стилі виховання в батьківській сім'ї, середній або низький матеріальний статок, нейтральні стосунки з колегами, друзями, низький рівень соціальної активності та соціальної адаптованості.

Зазначено, що в останні десятиліття інтенсивно розвивається параметрична модель вивчення особистісних факторів, згідно з якою схильність до депресивних і тривожних розладів пов'язана з певними особистісними рисами. Найбільш впливовим і підтвердженим в ході нашого дослідження є унітарний підхід, згідно з яким ці риси подібні у осіб з тривожним та депресивним кластером афективних розладів. Однією з рис, що являє собою предрисповицію до різних психічних розладів є нейротизм. Високий рівень нейротизму пов'язаний зі спадковими та іншими біологічними факторами. Однак на формування особистісних рис впливають соціально-психологічні чинники, насамперед сімейні.

Аналіз стресогенних подій сімейної історії показав, що жорстоке поводження у сім'ї є важливим показником, який відрізняє розширені і нуклеарні сім'ї осіб експериментальної та контрольної груп. Важкими стражданнями відзначене життя батьків багатьох досліджуваних експериментальної групи, їх родичі частіше страждали від важких соматичних захворювань, особливо онкологічних. Серед респондентів експериментальної групи багатьом з них доводилося доглядати за важко хворими родичами або бути присутнім при їх смерті. Групу осіб з депресивними розладами відрізняла більша кількість стресогенних подій. Як у розширеній, так і у нуклеарній сім'ї у них значно більше родичів

(у порівнянні з контрольною групою), які страждали від алкоголізму; в розширеній сім'ї на рівні тенденції частіше, у порівнянні з контрольною групою, мали місце випадки психічних розладів.

Батьківські родини осіб з тривожними розладами відрізнялися від контрольної групи меншою кількістю чинників, ніж у осіб з депресією. Їх відрізняв від контрольної групи значно вищий рівень показників індукування негативних емоцій: батьківської критики, індукування тривоги, індукції недовіри до людей, а також загальний бал сімейних дисфункцій. Порівняння результатів опитування в осіб з тривожними і депресивними розладами показало, що в сім'ях депресивних респондентів значно вище показник критики з боку батьків ($p=0,039$, критерій Манна-Уїтні), а також на рівні тенденції до значущості вище показник елімінування емоцій ($p=0,086$, критерій Манна-Уїтні).

Встановлено, що у батьківських сім'ях тривожних респондентів часто зустрічаються роз'єднаність, порушення ієрархії і хронічні конфлікти (протягом низки років). Роз'єднаність характеризується порушеннями зв'язків між членами сім'ї. Важливою характеристикою ідеології сімейної системи респондентів експериментальної групи є недовіра до оточуючих людей. У структурному аспекті це означає закриті кордони сімейної системи, звуження контактів з іншими людьми, особливо відкритих і довірчих. В аспекті макродинаміки зафіксовано високий рівень сімейного стресу, негативний суб'єктивний досвід членів сім'ї, який також сприяв формуванню прихованої ворожості й недовіри до людей.

Отримані результати показують, що у батьківських сім'ях осіб з депресивними розладами більш виражені сімейні дисфункції у порівнянні з респондентами, що страждають тривожними розладами. Однак, як зазначалося вище, і показник батьківської критики, і загальний показник сімейних дисфункцій відрізняє тривожні розлади від контрольної групи на високому рівні значущості. Для них, як і для осіб з депресивними розладами, характерне індукування негативних емоцій в сім'ї: високий рівень батьківської критики, індукування тривоги і недовіри до людей. Можна зробити висновок про подібність порушень в аспекті мікродинаміки, ідеології і структури сімейної системи, як у групі з депресивними розладами, так і у групі з тривожними розладами афективного спектру. У цілому, сім'ї респондентів з депресивними розладами більш дисфункціональні у порівнянні з тривожними сім'ями в аспекті мікродинаміки і ідеології сімейної системи.

Дані, отримані за допомогою спостереження, інтерв'ю та стандартизованих методів підтверджуються результатами оцінки експертів: у батьківських сім'ях респондентів з тривожними і депресивними розладами виражені дисфункції структури і динаміки сімейної системи у вигляді симбіозів, роз'єднаності, порушень ієрархії, хронічних конфліктів. Особливо часто в сім'ях тривожних респондентів мають місце симбіози і порушення ієрархії.

Результати вимірювання сприйманої соціальної підтримки у респондентів з тривожними і депресивними розладами свідчать про значні відмінності за всіма параметрами соціальної підтримки у порівнянні з контрольною групою. У респондентів експериментальної групи знижений рівень емоційної та інструментальної підтримки, вони вважають себе менш інтегрованими у суспільство. Низький рівень задоволеності соціальною підтримкою свідчить про те, що вони страждають від її дефіциту. При порівнянні результатів обстеження експериментальної та контрольної груп між собою були виявлені значущі статистичні відмінності – у респондентів з депресивними розладами значимо нижче загальний показник соціальної підтримки, а також показник задоволеності соціальною підтримкою. Оскільки в сімейній системі депресивних респондентів виявлено більше дисфункцій то можна припустити, що їхні стосунки з оточуючими більш порушені, ніж у тривожних осіб. Результати дослідження рівня соціальної підтримки в експериментальній групі підтверджують це припущення. У депресивних респондентів знижені на рівні тенденції розмір і ядро соціальної мережі. У них простежується тенденція до обмеження довірчих зв'язків з іншими людьми. Їм складніше, у порівнянні з

респондентами контрольної групи, надавати іншим людям емоційну й інструментальну підтримку, що видно з показника симетричності контактів.

Аналіз структури особистої мережі соціальної підтримки показав специфіку її формування у групах респондентів з тривожним кластером афективних розладів та контрольною групою відповідно до типу категорії постачальників та кількісних показників їх підтримки. З'ясовано, що респонденти ЕГтк до особистих мереж підтримки відносять 3–6 її постачальників (перш за все, родину, фахівців, друзів та ін.). Встановлено, що респонденти ЕГтк мають таку ж потребу у підтримуючих відносинах, як і респонденти КГк. Із загальних 40 позицій міжперсональної підтримки, 19 – не отримали статистично значущих розбіжностей, що підтверджує цінність і значущість міжособистісних зв'язків та створення довірливих стосунків незалежно від наявності розладів афективного спектру (Н. Бондаренко).

Визначено, що респонденти ЕКтк мають відмінності від КГк щодо реалізації окремих функцій соціальної підтримки, зокрема інструмент та психологічної складової (виявлено за допомогою критерію Краскела-Уолліса) ($p \leq 0,05$). Відмінності у реалізації основних функцій соціальної підтримки між ЕГтк та КГк, а саме характер підтримки у досліджуваних КГк має переваги за складовими відчуття приналежності, товариської підтримки, можливості турбуватися про інших, інструментальної та матеріальної видів підтримки. Аналіз оцінювального виміру соціальної підтримки показав, що збереження контактів зі значущою людиною та друзями, розширення мережі соціальної підтримки сприяють інтеграції допомоги, посилюючи ресурси соціального включення і процесу нормалізації психічного стану соціального статусу.

Таким чином, можна зробити загальний висновок про складну системну детермінацію тривожних і депресивних розладів, в якій задіяні соціально-психологічні чинники макро-, мезо- та мікрорівня, що передбачає виокремлення системи відповідних мішеней для визначення соціально-психологічних засад корекції таких розладів.

Висновки. Проведено структурно-рівневий аналіз соціально-психологічних чинників афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя та здійснено їх диференціацію на макро-, мезо- та мікрорівнях. Серед макросоціальних чинників, що впливають на виникнення і розвиток афективних розладів особистості в цей період виокремлені: соціально-економічні та соціально-політичні (невисокий рівень соціально-економічного статусу, пасивна соціальна позиція); культуральні норми і цінності (патогенні цінності і установки культури, зокрема, стереотипи, пов'язані з культом стриманості, сили, успіху і досконалості); культивування високих перфекціоністських стандартів сучасного суспільства (щодо рівня освіти, зовнішності тощо). Серед соціально-психологічних чинників мезорівня превалюють: дисфункції структури сім'ї та сімейного функціонування; порушення мікродинаміки та ідеології сім'ї; стресогенність життєвий подій, наявність вираженого психологічного стресу; обмеженість мережі соціальної підтримки та її ядра. Соціально-психологічними чинниками афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя на мікрорівні виступають: соціально-демографічні (приналежність до жіночої статі, невисокий рівень освіти тощо); вразливість типології особистості (типологічний підхід); вразливість особистісних рис, установок і переконань (параметричний підхід); афективно-когнітивний стиль особистості (стильовий підхід); порушення соціально-психологічної регуляції поведінки та діяльності. Показано, що поглибленого емпіричного вивчення потребують кластери тривожних і депресивних афективних розладів, як найбільш поширених та суїцидонебезпечних у кризові періоди життя особистості зрілого віку.

Визначено соціально-психологічні особливості тривожних та депресивних кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя. Дослідження зазначеного спектру афективних розладів особистості зрілого віку у кризові періоди життя проводилося з урахуванням таких положень: існує структура взаємопов'язаних

характеристик, що зумовлюють їх актуалізацію; умовами прояву зазначеного спектру афективних розладів є як інтенсивність переживання кризових періодів життя в зрілому віці, так і наявність певних особистісних диспозицій; виникненню і розвитку тривожного та депресивного кластерів афективних розладів особистості зрілого віку в кризові періоди життя сприяють соціально-психологічні чинники макро-, мезо- та мікрорівня.

Встановлено, що актуалізація тривожного кластеру афективних розладів у осіб зрілого віку в кризові періоди життя пов'язана з незадоволенням потреби безпеки і саморозвитку, психастенічною та астеноневротичною акцентуаціями характеру, такими особистісними рисами, як тривожність, нерішучість, консерватизм, низький рівень соціальної активності та соціальної адаптованості, комунікативні дисфункції у вигляді різних форм індукування негативних емоцій і труднощів їх переробки, упереджувачий чи контролюючий стилі виховання у батьківській сім'ї. У порівнянні з ними, досліджуваним з депресивним кластером афективних розладів були притаманні низький рівень соціальної підтримки та обмежена соціальна мережа підтримки, високий рівень емоційного неблагополуччя, суїцидальна спрямованість і стресогенність життєвих подій. Предикторами їх емоційного неблагополуччя і високого рівня психологічного стресу виступали як дисфункції соціальної мережі, перш за все, зниження числа довірчих зв'язків і симетричності у взаєминах з оточуючими щодо надання соціальної підтримки і низький рівень соціальної інтеграції, так і сімейні дисфункції, перш за все високий рівень критики і фіксації на негативних переживаннях. Актуалізація тривожного та депресивного спектру афективних розладів не передбачає облігативність усіх вказаних чинників, проте зі збільшенням їх кількості підвищується ймовірність виникнення та розвитку зазначених розладів, особливо у молодших за віком групах респондентів зрілого віку (36±4 роки), що може згодом закріплюватися на рівні стійких особистісних диспозицій.

1. Підлубний В. Л. Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах. Запоріжжя, 2017. 80 с.
2. Медична психологія / С. Д. Максименко [та ін.] ; за заг. ред. С. Д. Максименка ; рец.: О. Д. Спіріна, Л. Ф. Бурлачук, Г. О. Бондаренко. 2-ге вид. Київ : Слово, 2014. 520 с.
3. Експериментально-психологічне дослідження в загальній практиці сімейної медицини / Б. В. Михайлов [та ін.]. Харків : ХМАПО, 2014. 285 с.
4. Каленська Г. Ю. Патопсихологічні особливості хворих на депресивні розлади невротичного генезу. *Український вісник психоневрології*. 2003. № 2. С. 47–49.
5. Марута Н. А., Юрьєва Л. Н., Мамчур А. И. Депрессии в общемедицинской практике. Киев : [б. и.], 2009. 30 с.