

## РОЗДІЛ II. МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.96

DOI <https://doi.org/10.26661/2310-4368/2020-2-9>

### АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ ЗДАТНОСТІ ДО САМОРЕГУЛЯЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ У ПІДЛІТКІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

**Компанович М. С.**

*кандидат психологічних наук,  
викладач кафедри психології та психотерапії  
Український католицький університет  
вул. Ларіона Свенціцького, 17, Львів, Україна  
[orcid.org/0000-0002-7670-1714](https://orcid.org/0000-0002-7670-1714)  
[mari.kompanovuch@gmail.com](mailto:mari.kompanovuch@gmail.com)*

**Ключові слова:** *психокорекційна програма, саморегуляція, емоційні переживання, підлітки, психосоматичні серцево-судинні захворювання.*

На підставі проведеного комплексного емпіричного дослідження емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями окреслено ключове завдання психологічної корекції, а саме розвиток здатності до саморегуляції. Застосовано інтроспекцію та рефлексію в контексті наративів досліджуваних. Простежено динаміку розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Виявлено способи відреагування емоційних переживань у груповій динаміці через ідентифікаційний, регуляційний, аналітичний та інтеграційні блоки. Використано методичні підходи, які допомагають поглибити самопізнання особистості, виявити її внутрішні відреагування, пізнати та коригувати патогенні емоційні переживання.

Застосовано такі методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез та узагальнення теоретичних та емпіричних досліджень емоційних переживань як клініко-психологічного феномена в психосоматичному підході та їхній взаємозв'язок із серцево-судинною нозологією; емпіричні: анкетування, напівструктуроване клінічне інтерв'ю, анамнестична бесіда, спостереження, аналіз наративів з використанням інтроспекції та рефлексії.

Окреслено особливості сімейної ситуації та нозологічну обтяженість як детермінацію негативних емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Підтверджено, що сприятливість сімейної ситуації та контейнуюча функція батьків стає прототипом розвитку здатності особистості до саморегуляції своїх емоційних переживань. Застосовано інтроспекцію та рефлексію в контексті власних наративів досліджуваних для формування здатності до саморегуляції емоційних переживань. У межах психокорекційної програми розроблено та апробовано щоденник інтроспекції та рефлексії емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями.

## ANALYSIS OF INTRODUCTION OF A COMPLEX PSYCHO-CORRECTIONAL PROGRAM FOR THE DEVELOPMENT OF ABILITY TO SELF-REGULATION OF EMOTIONAL EXPERIENCES IN ADOLESCENTS WITH PSYCHOSOMATIC CARDIOVASCULAR DISEASE

**Kompanovich M. S.**

*Candidate of Psychological Sciences,*

*Lecturer at the Department of Psychology and Psychotherapy*

*Ukrainian Catholic University*

*Ilariona Svetsitskoho str., 17, Lviv, Ukraine*

*orcid.org/0000-0002-7670-1714*

*kompanovuch@ucu.edu.ua*

**Key words:** *psycho-correction program, self-regulation, emotional experiences, adolescents, psychosomatic cardiovascular diseases.*

Based on a comprehensive empirical study of emotional experiences in adolescents with psychosomatic cardiovascular disease, the key task of psychological correction is outlined, namely the development of the ability to self-regulation. Introspection and reflection in the context of the narratives of the subjects were used. The dynamics of the development of the ability to self-regulate emotional experiences in adolescents with psychosomatic cardiovascular diseases is traced. Ways of reacting emotional experiences in group dynamics through identification, regulatory, analytical and integration blocks are revealed. Methodical approaches are used, which help to deepen the self-knowledge of a person, to reveal his internal reactions, to know and to correct pathogenic emotional experiences.

The following research methods were used: theoretical: analysis, synthesis and generalization of theoretical and empirical studies of emotional experiences as a clinical and psychological phenomenon in the psychosomatic approach and their relationship with cardiovascular nosology; empirical: questionnaires, semi-structured clinical interviews, anamnestic interview, observations, narrative analysis using introspection and reflection.

The peculiarities of the family situation and nosological burden as a determination of negative emotional experiences in adolescents with psychosomatic cardiovascular diseases are outlined. It is confirmed that the favourable family situation and the container function of parents becomes a prototype of the development of the individual's ability to self-regulate their emotional experiences. Introspection and reflection in the context of the subjects' own narratives were used to form the ability to self-regulate emotional experiences. As part of the psycho-correction program, a diary of introspection and reflection of emotional experiences in adolescents with psychosomatic cardiovascular diseases was developed and tested.

**Постановка проблеми.** Для ефективності психологічної допомоги підліткам із психоматичними серцево-судинними захворюваннями дуже важливо орієнтуватись на комплексний підхід, залучаючи в роботу не лише пацієнтів-підлітків та сімейне середовище, а також і медиків, які на час госпіталізації надають підліткам багатоаспектну допомогу, яка значно виходить за межі медикаментозного лікування. Через це в нашому дослідженні зроблено основний акцент на комплексність, послідовність та поетапність упровадження всіх елементів психокорекційного впливу.

**Метою статті** є опис та аналіз результатів апробації комплексної психокорекційної програми розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями, які перебували на госпіталізації.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** У філософсько-методичне підґрунтя психокорекційної програми покладено:

– *психодинамічний підхід* (Ф. Александер, Дж. Боубі, К. Бріш, Г. Католик, З. Фройд, Е. Фромм, К. Хорні, М. Кляйн) як філософський підхід у баченні проблеми саморегуляції емоційних пере-

живань, яка має континуальну природу різних психологічних симптомокомплексів (особистісні особливості, стосунки у сімейній системі та нозологічна обтяженість), а також розуміння того, що інтенсивні емоційні переживання відреагують досліджуваними через несвідоме опрацювання – симптоматику або сновидіння, що вкладаємо в основу психокорекційної роботи;

– дослідження психологічних особливостей підліткового віку (Ж. Піаже, Л. Виготський, І. Бех, Г. Католик), де наголошується на тому, що формування особистості відбувається через рефлексію досвідів у стосунках із найближчим середовищем, сім'єю, у часі навчання та спілкування з однолітками. Через це конструктивний виховний процес безпосередньо пов'язаний із формуванням емоційно стабільного та усвідомлюваного Я-образу особистості, що відбувається у процесі рефлексії власних емоційних переживань та станів. Тому групову психокорекцію з успіхом застосовують для роботи з підлітками із психосоматичними захворюваннями. Це пояснюється психологічними особливостями віку: прагненням групуватися; потребою в інтимності і кооперації; тривогою, викликану пізнанням суб'єктивного світу і формуванням Я-образу [2; 3]; потребою у розширенні діапазону рольової поведінки; емоційною безпосередністю, що збереглася з дитинства [1].

– генетико-модельний підхід (Л. Виготський, С. Максименко), у контексті якого розглядаємо мультимодальність розвитку особистості та формуємо засоби для створення сприятливого простору з метою розвитку позитивних природних якостей та схильностей особистості [5; 6].

Структура психокорекційної програми:

1. Створення простору для впровадження психокорекційної програми, а також профілактика синдрому госпіталізму серед досліджуваних підлітків: а) психоедукація та психологічне консультування медиків; б) психоедукація та психологічне консультування батьків госпіталізованих підлітків; в) психоедукація та психологічне консультування підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями; г) супортивний супровід на час госпіталізації підлітків (виявлення та розвиток здатності до саморегуляції емоційних переживань підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями з елементами психокорекційного впливу).

2. Короткофокусна психокорекція у системі сімейної взаємодії.

3. Групову психокорекційну роботу над розвитком здатності до саморегуляції емоційних переживань підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Структуру психокорекційної програми розвитку здатності до

саморегуляції емоційних переживань подаємо у формі таблиці 1.

Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства «Львівська 1-ша міська клінічна лікарня ім. Князя Лева», Центру «Підліток і сім'я» та Львівського некомерційного підприємства «Міська дитяча клінічна лікарня» м. Львова, тривало з 2015 по 2018 рр. Всього в ньому взяли участь 180 досліджуваних підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Вік досліджуваних – 14 та 15 років.

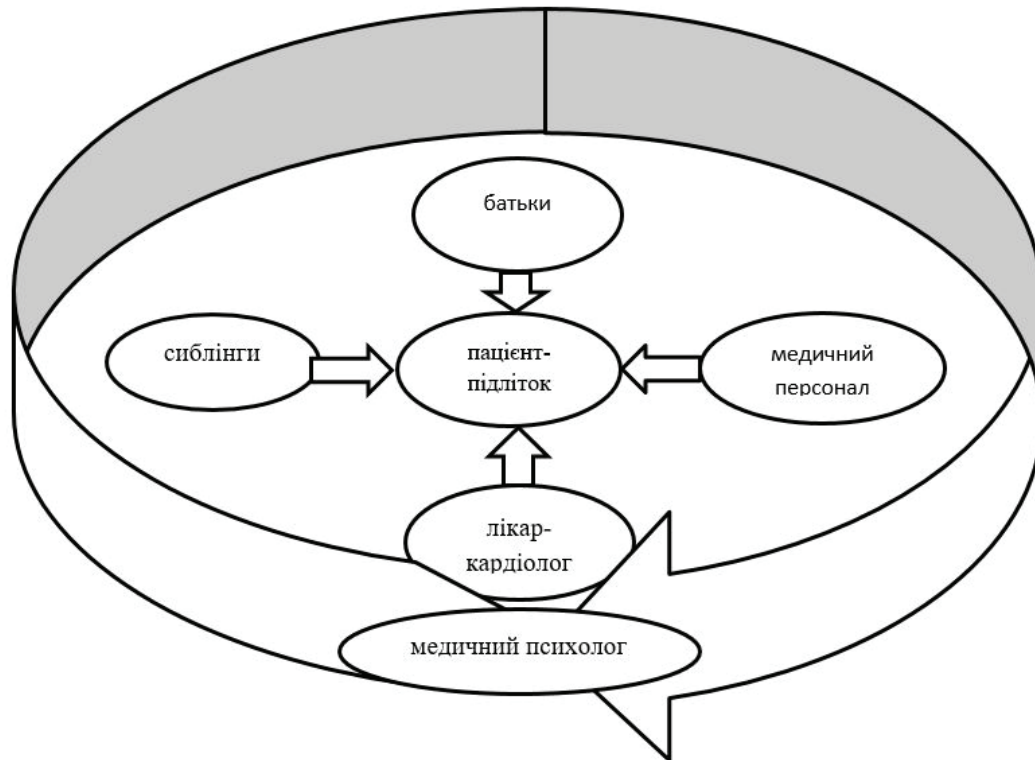
Психокорекційна робота з підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями включила три *етапи роботи* (психоедукація, корекція сімейної взаємодії та групову психокорекцію розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань) та *напрями роботи* за впливами на середовища (медичне, сімейне та однолітків), в яких перебуває підліток і які чинять на його особистість різні впливи, як такі, що допомагають подолати захворювання, так і такі, що, навпаки, сприяють загостренню його симптоматики. До них відносимо медичне середовище, яке на час госпіталізації є для підлітків основним та таким, що значною мірою віддзеркалює різні набуті до того поведінкові та стосункові патерни, що, як правило, входять у симптомокомплекси захворювання. На час госпіталізації підлітків медичне середовище виконує важливі функції за сприятливого розвитку подій, є контейнуючим для психічних та фізичних станів пацієнтів або ж, навпаки, тригуючим та стресогенним, як наслідок, провокуючим загострення симптоматики та виникнення синдрому госпіталізму (Католик, Компанович 2016). Тому дуже важливо, щоб медичний простір був адекватним та абстинентним віддзеркаленням цих симптомокомплексів, таким чином надаючи пацієнтам-підліткам конструктивну підтримку. Сімейна система підлітків є для досліджуваних дуже амбівалентним простором, до якого підлітки залежно від нозології мають різні ставлення та способи взаємодії. Тож час перебування підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями в клініці є формою взаємодій у системі, яку схематично унаочнюємо нижче (рис. 1).

Аналізуючи механізми психокорекційних впливів та спираючись на дослідження С.Ю. Лебедевої [4], А.А. Осипової [7], Н.А. Степанової [9], І.Д. Ялома [10], Т.С. Яценко, Я.М. Кміт [11], можемо підсумувати такі особливості змішаного підходу в психокорекції. Цей підхід включає повідомлення психоедукційної інформації за час взаємодії; аспект групової підтримки, як правило, однолітків або осіб зі схожими життєвими ситуаціями, що дає розуміння підліткам із психосо-

**Структура комплексної психокорекційної програми розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями**

Етап роботи	Напрямок роботи	Форма впливу та психокорекційні техніки	Результат
Підготовчий	Психоедукація та психологічне консультування медиків.	1. Мінілекція в режимі відкритої групи-обговорення для медичного персоналу. 2. Обговорення проблемних запитів та назагал тенденцій у лікуванні підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. 3. Психологічне консультування медиків з приводу їхніх запитів, які виникають у взаємодії з підлітками, а також щодо особливостей емоційних відреагувань пацієнтів-підлітків.	Переосмислення медиками взаємодії з пацієнтами-підлітками. Отримання психологічної інформації щодо емоційної компоненти психосоматичних серцево-судинних захворювань, а також превенції госпіталізму у пацієнтів-підлітків.
	Психоедукація та психологічне консультування батьків госпіталізованих підлітків.	Післядіагностична зустріч-обговорення з батьками. Групова психоедукаційна зустріч присвячена особливостям взаємодії з підлітками. Індивідуальне консультування батьків за їхніми запитамі в контексті виховання підлітків та переживання часу госпіталізації.	Переосмислення батьками ставлення до підлітка та своїх стратегій виховання, аналіз стосунків між сиблінгами.
	Психоедукація та психологічне консультування підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями.	Перегляд з підлітками в присутності лікаря-кардіолога мультфільму «Як працює наше серце», обговорення в режимі групи з поясненнями та відповідями лікаря-кардіолога на запитання підлітків щодо особливостей функціонування серцево-судинної системи у їхньому віці (1 год.). Індивідуальна робота з підлітками, консультативний супровід під час госпіталізації в контексті ведення підлітками щоденників інтроспекції та рефлексії емоційних переживань (детальніша робота з його елементами – сновидіннями, малюнками та запитаннями до психолога). За час госпіталізації зустрічі з підлітками відбувались 1 раз на тиждень для роботи із щоденниками тривалістю від 20 до 40 хв. з огляду на самопочуття та інтерес до роботи підлітків. Зустріч-знайомство підлітків між собою – підготовка довірливої атмосфери в групі та бажання відкрито взаємодіяти (30 хв.). Перегляд та обговорення мультфільму «Думки навиворіт» у формі групи (1 год. 30 хв.), перерва (20 хв.) та обговорення (30 хв.).	Підготовка підлітків до подальшої групової психокорекційної роботи.
Короткофокусна психокорекція у системі сімейної взаємодії.	Психокорекційна робота над гармонізацією сімейної взаємодії, відновлення рольової ідентичності.	Пошук ресурсу та підтримки у сім'ї. Підготовка психологічного простору для конструктивних психологічних змін. Психокорекційна робота з госпіталізованими підлітками та їхніми сім'ями, що складалась з п'яти зустрічей у клініках, де перебували підлітки, із сесійним одним раз на тиждень тривалістю 60 хв.	На рівні пацієнтів--підлітків – розуміння, що сім'я підтримує та готова надати дієву допомогу.--На рівні сиблінгів – прийняття того, що хворі підлітки потребують підтримуючого контакту з ними.--На рівні батьків --гармонізація стосунків між сиблінгами через рольову взаємодію; прийняття батьками того, що підлітки потребують трансформації у стосунках із батьками з огляду на їхній вік та захворювання.
Робота над розвитком здатності до саморегуляції емоційних переживань	Психокорекційна група для підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями.	Групова психокорекційна робота з підлітками включала 12 зустрічей із сесійним одним раз на тиждень з тривалістю одного групового заняття 1 год. Блоки психокорекційних груп: ідентифікаційний, аналітичний, регуляційний, інтеграційний.	Ідентифікація та розуміння емоційних переживань, підтримка однолітків.





**Рис. 1. Схема взаємодії підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями в терапевтичній системі**

матичними серцево-судинними захворюваннями, що вони не є самотніми у своїх переживаннях, а також залучає елементи індивідуального супортивного супроводу.

Етапи впровадження психокорекційної програми

*Етап I (підготовчий) – психоедукація та психологічне консультування медиків.* Психоедукація медиків включила такі форми роботи, як: мінілекція в режимі відкритої групи-обговорення для лікарів та медичного персоналу щодо особливостей взаємодії з підлітками та їхніми батьками, а також щодо психоемоційного стану підлітків та шляхів конструктивного вибудовування комунікації з госпіталізованими підлітками. До психокорекційного впливу належить обговорення проблемних запитів назагал та тенденцій у допомозі підліткам із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. Психологічне консультування як групове, так і індивідуальне з приводу проблемних питань у взаємодії з підлітками.

*Аналіз протоколювання динаміки груп психоедукації медиків.* У лікарів та медичного персоналу у взаємодії з підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями виникали такі проблеми. Медики характеризують підлітків як таких, що часто бувають некеро-

ваними у своїх діях, вибуховими, цей стан може швидко проходити у протилежний – замкнутості, який супроводжується страхом комунікувати з медиками. Тому медикам часто важко контактувати з підлітками, у яких за день настрій може змінюватись дуже стрімко або ж, навпаки, хворі підлітки можуть весь день перебувати в одній тональності, як правило, негативних емоційних переживаннях, що провокується суб'єктивними подразниками, які мають властивість залишатись незмінними під впливом об'єктивних чинників та подій.

*У медиків виникали такі запитання:* «Як конструктивно контактувати з підлітками?», «Як подавати інформацію підліткам про стан їхнього здоров'я?», «Як реагувати на стрімкі перепади або ж навпаки застрягання підлітків в одному емоційному стані?». У поведінці це часто має провокативний характер, який є образливим або ж протестно-викличним щодо авторитетності медичних працівників. Підлітки також можуть відмовлятися виконувати приписи, проходити проміжні обстеження та процедури.

З отриманої інформації спостерігаємо такі тенденції. Лікарі часто стикаються із проблемою амбівалентності батьків у стосунках з підлітками, що виявляється в поінформованості підлітків про їхній стан здоров'я. Коаліція

між батьками та лікуючим лікарем фактично є неможливою, оскільки у домовленості між лікарем та батьками є певне погодження, якого батьки не можуть дотриматись, адже вони розповідають підлітку, діляться з ним наданою їм від лікаря інформацією, таким чином, створюючи опозицію, батьки – пацієнт-підліток / проти лікаря та медичного персоналу, що часто має приховану форму. Назовні батьки декларують довіру та співпрацю з медиками, позаочі з підлітками-пацієнтами критично обговорюються «некомпетентність» лікарів та медичного персоналу, що постійно розхитує довіру до медичної допомоги та руйнує установку на одужання.

Відповідно, така позиція батьків не дає підліткам відчуття безпеки у сімейній системі загалом (через незрілу поведінку батьків, їхню нездатність бути у стосунку з підлітками в позиції дорослих, що переходить у рольову інверсію). У контексті процесу лікування така поведінка батьків породжує багато хаосу, невпевненості щодо коректності лікування (значною мірою через психосоматичну компоненту), недовіру до медичних працівників, до себе та потенціалу свого організму. Як наслідок, така стратегія стосунків батьків з підлітками призводить до розчарування та розвитку у госпіталізованих підлітків депресивних тенденцій.

Психоедукація та психологічне консультування батьків

Психоедукаційна робота з батьками підлітків відбувалась у такій послідовності. Побудовування інформаційного альянсу з батьками госпіталізованих підлітків шляхом післядіагностичної бесіди, групової роботи та індивідуального консультування за запитом батьків.

З проведеної роботи можемо дійти висновку, що батьки у стосунках із підлітками часто поводяться амбівалентно, спершу є надмірно опікуючими, а коли виснажуються такою моделлю поведінки різко змінюють її на протилежну, за якої довіряють підлітку самостійно вирішувати важливі питання, що стосуються також і подальшої стратегії лікування. У такий спосіб підліткам спонтанно делегуються дорослі функції та прийняття рішень за батьків.

*Аналіз протоколювання психоедукації та психологічного консультування батьків підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. У батьків виникали такі запити: «Як будувати взаємодію з підлітками в часі госпіталізації?», «Як побудувати стосунки між дітьми в часі лікування підлітка?», «Чи потрібно мати більшу дистанцію у взаємодії з підлітками?», а також про щирість та відвертість у стосунках з підлітками та те, наскільки*

вони є дорослими, щоб розуміти, підтримувати та допомагати батькам.

У результаті проведеної роботи батьки довели висновку, що хворі підлітки майже не вибудовують дружніх стосунків з однолітками, як правило, можуть обмежуватись одним або двома друзями, з якими ситуативно зручно контактувати за принципом: «друг по сусідству»; чи «друг тому, що сидимо за однією партою» тощо. Також госпіталізовані підлітки залишаються осторонь романтичних стосунків, які швидше зводяться до спостереження за однолітками, у яких динаміка цих стосунків розвивається в швидкозмінних колізіях. Батьки пояснюють для себе цю відстороненість надто симбіотичним стосунком з підлітками, тому підлітку важко сепаруватись. Усі соціальні контакти підлітків зводяться до збереження комфортного сімейного гомеостазу, який передбачає підтримку та допомогу батькам, розуміння їхніх труднощів та проблем, а із сиблінгами стосунки також носять опікуючий характер, що інтерпретується як заміщення або доповнення батьківської ролі.

Психоедукація пацієнтів-підлітків

Налагодження довірливого контакту з пацієнтами-підлітками відбувалося шляхом індивідуальних зустрічей та психологічного консультування, які перейшли у групову психоедукацію. Оскільки у госпіталізованих підлітків виникає багато страхів щодо функціонування їхньої серцево-судинної системи, для того щоб пояснити підліткам, що не всі прояви функціонування їхнього серця несуть безпосередню загрозу для їхнього здоров'я, було переглянуто та обговорено пізнавальний мультфільм «Як функціонує наше серце», у якому у доступній формі розповідається, як реагує серце на різні природні подразники. Після перегляду мультфільму підлітки могли поспілкуватись у режимі групового обговорення та дискусії з лікарем-кардіологом та медичним психологом, отримати відповіді на запитання, що у них виникали.

Для того щоб проілюструвати та узагальнити взаємозв'язок емоційних переживань та проявів серцево-судинної симптоматики, підліткам було запропоновано послухати мінілекцію з обговоренням на тему «Емоції та емоційні переживання», а також переглянути ще один пізнавальний мультфільм «Думки навиворіт» про емоції та їхній вплив на функціонування організму в підлітковому віці у формі групи 1 год. 30 хв. з перервою у 20 хв. та обговоренням-дискусією 30 хв. Після перегляду мультфільму підлітки могли поспілкуватись у режимі групового обговорення та дискусії з медичним психологом, а також один з одним та отримати відповіді на запитання, що

у них виникали, поділитись своїми досвідами та спостереженнями.

Супортивний супровід та психологічне консультування

Індивідуальна робота з метою підготовки підлітків до участі у психокорекційній групі шляхом ведення щоденників інтроспекції та рефлексії та в консультативній формі роботи над його складниками. Пацієнтам-підліткам був запропонований такий сеттінг: двічі на тиждень за час госпіталізації підлітків (становило 4–5 зустрічей) за попереднім узгодженням (заохочувалось дотримання психоаналітичної рамки в роботі, вибираючи один і той же день тижня та годину зустрічей). Підлітки разом з психологом працювали з матеріалами щоденника інтроспекції та рефлексії та його елементами (сновидіннями, малюнками, адресованими до психолога запитаннями). Час консультативної зустрічі становив від 20 до 40 хв. з огляду на самопочуття та інтерес до роботи підлітків.

*Етап II. Короткофокусна психокорекція у системі сімейної взаємодії.* Виявлення в підлітка проблем із здоров'ям викликає в сім'ї кризу та впливає на всіх її членів, особливо сиблінгів, які часто обділені інформацією про те, що відбувається з братом чи сестрою, схильні також відреагувати на цю ситуацію у дуже різних формах: звинувачувати себе в тому, сердитись на госпіталізованих підлітків та в агресивній формі знецінювати їхнє захворювання та перебування на госпіталізації, звинувачуючи у симулюванні, щоб отримати увагу дорослих, тощо. Такі непорозуміння та звинувачення зі сторони братів та сестер деструктивно впливають на стан здоров'я підлітків, через загострення негативних емоційних переживань провокуються істеричні форми відреагування та, як наслідок, підлітки несвідомо маніфестують загостренням соматичної симптоматики, підтверджуючи тим те, що справді хворі та в такий спосіб символічно карають недовірливих сиблінгів. Безпосередніми реакціями батьків є стрес, розчарування, тривога, яка може переходити в зтяжні депресивні форми відреагування. Тому успішна психокорекційна робота з підлітками потребує орієнтації на системний підхід, щоб забезпечити вплив не лише на пацієнта-підлітка, а також підготувати сприятливий сімейний простір для повернення підлітків додому після завершення лікування. Через що не можна залишити без психокорекційної уваги членів сім'ї госпіталізованих підлітків, без якої психокорекційний вплив не матиме конструктивного результату, а швидше навпаки, поставить підлітка в конфронтаційну позицію до сім'ї, що може призвести до загострення

патогенної ситуації. Тому нами було проведено короткофокусну психокорекційну роботу у системі сімейної взаємодії пацієнтів-підлітків.

Психокорекційні зустрічі із членами сімей госпіталізованих підлітків відбувались у часі госпіталізації за таким сеттінгом. Психолог зустрічався один раз на тиждень з госпіталізованим підлітком та його сім'єю, тривалість зустрічі 60 хв. (загальна тривалість 5 год.), у форматі п'яти зустрічей, спрямованих на гармонізацію сімейної взаємодії між госпіталізованим підлітком, батьками та сиблінгами. Робота зводилась до використання таких вправ, також за бажанням члени сім'ї могли отримати індивідуальне консультування чи за потреби індивідуальне резюмування зустрічі.

Для виявлення посткорекційних змін у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями *здійснено порівняння за нозологіями та проведено парний t-критерій Стьюдента*. У пацієнтів-підлітків із *есенціальною гіпертонією* знизилась показники за такими шкалами, як: «нереалістичний рівень домагань», «інтропунітивна реакція», «фіксація на самозахисті», «дуже високий рівень нейротизму», «тривожність у сім'ї», «конфліктність у сім'ї», «ворожість у сім'ї», «емоційна напруженість», «тривожність та ознаки депресивності», «ригідність», «негативізм», «асоціативність», «аутистичність», «імпульсивність та конфліктність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби» та «негативне самопочуття». Натомість зросли показники за такими шкалами, як: «середній рівень самооцінки» та «високий рівень самооцінки», «оптимальний рівень домагань», «ектропунітивна реакція», «імпунітивна реакція», «фіксація на перешкоді», «фіксація на задоволенні потреби», «середній рівень нейротизму», «сприятливість сімейної ситуації», «гармонійний тип ставлення до хвороби» та «позитивне самопочуття» (див. табл. 2).

У підлітків із *гіпотонією* знизилась показники за такими шкалами, як: «імпунітивна реакція», «фіксація на перешкоді», «дуже високий рівень нейротизму», «тривожність», «відчуття неповноцінності у сім'ї», «ворожість у сім'ї», «емоційна напруженість», «тривожність та ознаки депресивності», «ригідність», «негативізм», «асоціативність», «аутистичність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «іпохондричний тип ставлення до хвороби», «негативне самопочуття», а також підвищились показники за шкалами «неалекситимічний тип особистості» та «позитивне самопочуття». Зросли показ-

ники за такими шкалами, як: «середній рівень самооцінки», «високий рівень самооцінки», «інтропунітивна реакція», «фіксація на самозахисті» та «сприятливість сімейної ситуації» (див. табл. 3).

У пацієнтів-підлітків із *вегето-судинною дистонією* знизилась показники за такими шкалами, як: «ворожість у сім'ї», «емоційна напруженість», «тривожність та ознаки депресивності», «ригідність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «меланхолійний тип ставлення до хвороби» та «негативне самопочуття». Також зросли показники за такими шкалами, як: «сприятливість сімейної ситуації» та «позитивне самопочуття» (див. табл. 4).

У підлітків з *аритмією* знизилась показники за такими шкалами, як: «нереалістичний рівень домагань», «інтропунітивна реакція», тип реакції «фіксація на перешкоді», «дуже високий рівень нейротизму», «тривожність у сім'ї», «конфліктність у сім'ї», «ворожість у сім'ї», «емоційна напруженість», «тривожність та ознаки депресивності», «негативізм», «аутистичність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби», «іпохондричний тип ставлення до хвороби», «неврастенічний тип ставлення до хвороби» та «негативне самопочуття». Також зросли показники за такими шкалами, як: «оптимальний рівень домагань», «сприятливість сімейної ситуації» та «позитивне самопочуття» (див. табл. 5).

Для досліджуваних підлітків із *тахікардією* встановлено, що знизилась показники за такими шкалами, як: «імунітивна реакції», тип реакції «фіксація на задоволенні потреб», «дуже високий рівень нейротизму», «тривожність», «конфліктність у сім'ї», «відчуття неповноцінності у сім'ї», «тривожність та ознаки депресивності», «негативізм», «асоціативність», «аутистичність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби», «обсесивно-фобічний тип ставлення до хвороби» й «негативне самопочуття». Також зросли показники за такими шкалами, як: «сприятливість сімейної ситуації» та «позитивне самопочуття» (див. табл. 6).

У пацієнтів-підлітків із *кардіоневрозом* знизилась показники за такими шкалами, як: «екстрапунітивна реакція», тип реакції «фіксація на перешкоді», «дуже високий рівень нейротизму», «емоційна напруженість», «тривожність у сім'ї», «ворожість у сім'ї», «конфліктність у сім'ї» та «відчуття неповноцінності у сім'ї», «тривожність та ознаки депресивності»,

«негативізм», «аутистичність», «імпульсивність та конфліктність», «страх», «уникнення сексуальної тематики», «алекситимічний тип особистості», «тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби», «обсесивно-фобічний тип ставлення до хвороби», «неврастенічний тип ставлення до хвороби» та «негативне самопочуття». Також зросли показники за шкалою «позитивне самопочуття» (див. табл. 7).

З повторно проведеного кластерного аналізу після проходження підлітками психокорекції можемо дійти висновку, що в результаті психокорекційного впливу виникло шість типів пацієнтів-підлітків, а саме «фантазуючий», «амбівалентний», «нарцистичний», «гармонійний», «тривожний», «раціоналізуючий».

Отримані результати підтвердили гіпотезу нашого дослідження та довели функціональну єдність та взаємозв'язок компонентів емоційних переживань, а саме особистісних особливостей, особливостей сімейної ситуації, нозологічної обтяженості та способів їхнього опрацювання – симптомів та сновидінь. Доведено, що комплексна психокорекційна програма розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань є ефективною в опрацюванні та трансформації всіх складників пропонованої нами теоретичної моделі.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Розроблена та впроваджена комплексна програма розвитку здатності до саморегуляції емоційних переживань у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями підтвердила свою ефективність. У пацієнтів-підлітків зросли показники за такими шкалами, як: «середній та високий рівень самооцінки», «оптимальний рівень домагань», «сприятливість сімейної ситуації», «гармонійний тип ставлення до хвороби» та «позитивне самопочуття». Відбулися якісні особистісні зміни типів досліджуваних, що підтверджено кластерним аналізом. У результаті психокорекційного впливу виникло шість типів підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями, а саме «фантазуючий», «амбівалентний», «нарцистичний», «гармонійний», «тривожний», «раціоналізуючий». Це є свідченням того, що в процесі психокорекційних впливів були опрацьовані невротичні захисні стратегії, натомість сформувались більш зрілі та менш невротичні стратегії психологічних захистів, що дає можливість пацієнтам-підліткам більш зріло і менш соматизовано відреагувати власні емоційні переживання. Всі ці стратегії є в межах норми розвитку в підлітковому віці. Так, ми отримали цікаві результати про захисні стратегії, що буде предметом наших подальших досліджень.



Таблиця 2

**Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу  
у групі підлітків із есенціальною гіпертонією**

<b>Показник</b>	<b>Mean до</b>	<b>Mean після</b>	<b>SD до</b>	<b>SD після</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Середній і високий рівень самооцінки	43,63	54,50	14,99	13,66	-3,686	0,0009
Оптимальний рівень домагань	8,40	41,10	25,71	42,08	-4,372	0,0001
Нереалістичний рівень домагань	75,10	30,63	38,31	44,08	5,280	0,0000
Екстрапунітивна реакція	30,93	32,77	7,45	3,82	-2,182	0,0373
Інтропунітивна реакція	43,17	36,47	4,39	3,83	7,092	0,0000
Імпунітивна реакція	25,63	30,90	6,81	4,44	-4,785	0,0000
Фіксація на перешкоді	26,87	33,37	4,31	3,11	-6,965	0,0000
Фіксація на самозахисті	48,13	34,97	12,22	4,60	7,218	0,0000
Фіксація на задоволенні потреби	23,37	26,93	8,01	7,91	-2,850	0,0007
Дуже високий рівень нейротизму	10,53	2,10	10,73	6,41	4,39	0,0001
Середній рівень нейротизму	2,43	5,80	4,98	6,35	-2,77	0,0009
Сприятливість сімейної ситуації	3,77	5,43	1,36	1,85	-4,67	0,0000
Тривожність у сім'ї	6,80	5,73	2,48	2,05	3,67	0,0000
Конфліктність у сім'ї	6,13	5,10	2,57	2,04	2,59	0,0150
Ворожість у сім'ї	5,33	3,47	3,06	1,48	4,00	0,0004
Емоційна напруженість	7,37	4,37	2,19	1,87	6,08	0,0000
Тривожність та ознаки депресивності	7,23	5,57	2,30	2,14	3,74	0,0008
Ригідність	7,70	4,20	2,31	1,69	8,44	0,0000
Негативізм	6,23	4,53	2,05	1,46	4,36	0,0001
Асоціативність	4,77	3,30	2,65	1,70	3,66	0,0009
Аутистичність	8,33	4,43	1,45	1,83	10,06	0,0000
Імпульсивність та конфліктність	4,83	3,13	3,33	1,48	4,09	0,0003
Страх	7,33	4,70	2,17	1,56	7,00	0,0000
Уникнення сексуальної тематики	8,27	5,37	1,41	1,90	5,89	0,0000
Алекситимічний тип	16,40	13,50	37,38	30,84	2,28	0,0302
Тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби	6,63	0,67	5,77	2,55	5,52	0,0001
Гармонійний тип ставлення до хвороби	0,00	4,37	0,00	5,53	-4,32	0,0001
Негативне самопочуття	0,93	0,53	0,25	0,51	4,50	0,0001
Позитивне самопочуття	0,07	0,47	0,25	0,51	-4,50	0,0001

Таблиця 3

**Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу  
у групі підлітків із гіпотонією**

<b>Показник</b>	<b>Mean до</b>	<b>Mean після</b>	<b>SD до</b>	<b>SD після</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Середній та високий рівень самооцінки	45,50	47,40	20,71	20,99	-3,18	0,0030
Інтропунітивна реакція	23,90	27,83	6,75	4,94	-5,58	0,0000
Імпунітивна реакція	43,47	38,73	4,88	3,97	4,68	0,0000
Фіксація на перешкоді	47,60	36,27	10,79	5,58	7,16	0,0000
Фіксація на самозахисті	20,90	30,01	7,08	3,54	-8,18	0,0000
Дуже високий рівень нейротизму	5,03	1,33	9,29	5,07	2,46	0,0201
Сприятливість сімейної ситуації	3,83	5,50	1,29	2,70	-4,17	0,0002
Тривожність у сім'ї	5,77	4,50	2,99	2,57	2,99	0,0056
Відчуття неповноцінності в сім'ї	5,87	4,40	3,20	2,91	2,55	0,0162
Ворожість у сім'ї	5,30	3,57	2,78	2,01	3,51	0,0014
Емоційна напруженість	5,80	4,10	2,66	1,97	3,40	0,0002
Тривожність та ознаки депресивності	7,93	5,10	2,03	2,34	4,99	0,0002
Ригідність	5,33	3,83	3,12	2,01	3,40	0,0013
Негативізм	6,13	3,23	3,99	2,01	5,56	0,0001
Асоціативність	4,10	3,07	2,57	1,64	3,47	0,0016
Аутистичність	8,43	3,80	1,45	1,75	1,24	0,0000
Страх	6,57	5,17	2,57	1,91	3,69	0,0009
Уникнення сексуальної тематики	8,30	5,43	1,44	2,14	6,35	0,0000
Алекситимічний тип	54,97	45,83	49,44	41,07	4,05	0,0003
Іпохондричний тип ставлення до хвороби	0,83	0,00	2,18	0,00	2,09	0,0453
Негативне самопочуття	0,87	0,40	0,35	0,50	5,04	0,0000
Позитивне самопочуття	0,13	0,60	0,35	0,50	-5,37	0,0000

Таблиця 4

**Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу  
у групі підлітків із вегето-судинною дистонією**

<b>Показник</b>	<b>Mean до</b>	<b>Mean після</b>	<b>SD до</b>	<b>SD після</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Екстропунітивна реакція	45,37	38,27	7,33	4,39	5,45	0,0000
Інтропунітивна реакція	22,07	28,00	8,02	5,18	-5,45	0,0000
Фіксація на перешкоді	46,83	38,33	10,60	6,78	4,54	0,0000
Фіксація на самозахисті	23,53	28,77	9,94	5,68	-3,35	0,0022
Дуже високий рівень нейротизму	3,60	0,67	7,76	3,65	2,31	0,0270
Сприятливість сімейної ситуації	3,67	5,17	1,44	2,22	-3,48	0,0016
Ворожість у сім'ї	4,87	4,07	2,46	1,93	2,94	0,0310
Емоційна напруженість	7,40	3,90	2,44	1,94	6,11	0,0000
Тривожність та ознаки депресивності	7,47	5,83	2,09	2,41	3,17	0,0035
Ригідність	6,77	5,50	2,78	2,29	3,21	0,0003
Страх	6,97	6,07	2,24	1,84	2,62	0,0130
Уникнення сексуальної тематики	7,70	5,30	1,97	1,93	5,09	0,0000
Алекситимічний тип	73,60	65,23	42,76	37,56	3,87	0,0005
Меланхолійний тип ставлення до хвороби	3,17	1,50	4,43	3,20	2,31	0,0230
Негативне самопочуття	0,73	0,37	0,45	0,49	4,10	0,0003
Позитивне самопочуття	0,27	0,63	0,45	0,49	-4,10	0,0003

Таблиця 5

## Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу у групі підлітків з аритмією

Показник	Mean до	Mean після	SD до	SD після	t	p
Оптимальний рівень домагань	11,62	23,79	29,64	39,30	-2,11	0,0430
Нереалістичний рівень домагань	58,17	44,38	46,36	46,78	2,17	0,0380
Екстропунітивна реакція	26,24	29,38	6,37	3,84	-4,00	0,0004
Інтропунітивна реакція	43,66	39,72	4,06	3,66	5,47	0,0000
Фіксація на перешкоді	47,87	41,31	12,10	7,98	3,11	0,0004
Фіксація на самозахисті	26,62	29,52	4,29	5,57	-2,88	0,0075
Фіксація на задоволенні потреб	23,34	25,69	7,96	8,07	-2,22	0,0345
Дуже високий рівень нейротизму	11,10	4,17	10,93	8,31	3,75	0,0008
Сприятливість сімейної ситуації	3,55	5,00	1,43	2,38	-3,50	0,0015
Тривожність у сім'ї	6,38	5,17	2,69	2,15	2,56	0,0162
Конфліктність у сім'ї	4,55	3,55	2,68	2,01	2,19	0,0373
Ворожість у сім'ї	3,97	3,10	2,89	2,11	2,54	0,0162
Емоційна напруженість	7,66	4,97	2,36	2,46	4,51	0,0001
Тривожність та ознаки депресивності	7,38	5,52	2,08	2,31	3,21	0,0033
Негативізм	6,31	4,69	1,89	1,77	3,45	0,0017
Аутистичність	8,69	4,34	1,07	2,04	9,96	0,0000
Страх	6,90	5,76	2,16	1,80	2,99	0,0057
Уникнення сексуальної тематики	8,03	6,62	1,78	1,86	3,42	0,0019
Алекситимічний тип	29,93	26,83	45,87	40,97	21,19	0,0360
Неалекситимічний тип	42,14	37,00	28,78	26,99	2,75	0,0103
Тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби	5,48	1,38	5,98	3,56	4,36	0,0001
Іпохондричний тип ставлення до хвороби	1,83	0,72	3,32	2,17	2,10	0,0440
Неврастенічний тип ставлення до хвороби	2,41	0,48	5,38	2,60	2,12	0,0433
Негативне самопочуття	0,72	0,38	0,45	0,49	3,84	0,0006
Позитивне самопочуття	0,28	0,62	0,45	-0,41	-3,84	0,0006

Таблиця 6

## Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу у групі підлітків із тахікардією

Показник	Mean до	Mean після	SD до	SD після	t	p
Інтропунітивна реакція	25,93	29,55	6,79	4,46	-4,40	0,0001
Імпунітивна реакція	43,28	38,21	3,73	3,05	7,57	0,0000
Фіксація на перешкоді	26,97	30,03	4,35	5,18	-3,20	0,0003
Фіксація на самозахисті	23,17	30,86	8,09	5,99	-4,55	0,0000
Фіксація на задоволенні потреб	47,97	38,45	12,41	5,87	4,04	0,0003
Дуже високий рівень нейротизму	11,66	3,45	10,74	7,69	4,39	0,0001
Сприятливість сімейної ситуації	3,69	4,52	1,29	2,13	-2,21	0,035
Тривожність у сім'ї	7,38	5,83	2,37	2,09	3,38	0,0021
Конфліктність у сім'ї	6,55	4,93	2,72	1,94	3,42	0,0013
Відчуття неповноцінності у сім'ї	5,97	3,97	3,51	2,37	3,41	0,0020
Емоційна напруженість	7,72	6,34	1,94	2,22	2,92	0,0067
Тривожність та ознаки депресивності	7,52	5,69	1,92	2,39	3,44	0,0001
Негативізм	6,62	4,86	2,02	1,96	3,68	0,0009
Асоціативність	4,17	3,48	2,66	2,13	2,19	0,0366
Аутистичність	8,34	4,17	1,37	1,87	11,32	0,0000
Страх	7,00	5,90	2,42	1,97	2,91	0,0069
Уникнення сексуальної тематики	8,24	6,10	1,43	2,26	5,27	0,0000
Алекситимічний тип	48,28	45,55	48,29	45,05	2,06	0,0486
Тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби	4,38	0,62	5,82	2,38	3,69	0,0009
Обсесивно-фобічний тип ставлення до хвороби	2,48	0,00	4,95	0,00	2,70	0,0115
Негативне самопочуття	0,62	0,48	0,49	0,51	2,12	0,0433
Позитивне самопочуття	0,38	0,52	0,49	0,51	-2,12	0,0433

**Результати порівняльного аналізу до та після корекційного впливу  
у групі підлітків із кардіоневрозом**

Показник	Mean до	Mean після	SD до	SD після	t	p
Екстрапунітивна реакція	42,93	37,00	4,33	4,73	6,94	0,0000
Інтропунітивна реакція	25,93	28,93	6,60	5,77	-3,70	0,0008
Імпунітивна реакція	24,53	28,33	6,48	5,09	-4,06	0,0003
Фіксація на перешкоді	41,30	35,90	11,25	6,91	3,23	0,0030
Фіксація на задоволенні потреб	27,73	31,07	8,57	5,34	-2,76	0,0100
Дуже високий рівень нейротизму	10,67	2,07	10,86	6,31	4,45	0,0001
Тривожність у сім'ї	6,67	5,43	2,42	1,87	2,83	0,0083
Конфліктність у сім'ї	6,63	5,17	2,58	1,76	3,18	0,0035
Відчуття неповноцінності у сім'ї	7,27	4,10	2,94	2,38	5,33	0,0000
Ворожість у сім'ї	7,40	3,03	3,70	1,56	8,83	0,0000
Емоційна напруженість	8,87	5,60	1,25	1,63	6,96	0,0000
Тривожність та ознаки депресивності	7,57	5,23	2,22	2,24	4,51	0,0000
Ригідність	8,33	4,47	2,01	1,87	8,81	0,0000
Негативізм	5,77	4,77	2,33	2,31	2,67	0,0122
Аутистичність	2,57	2,17	2,33	1,98	2,18	0,0370
Імпульсивність та конфліктність	7,83	5,83	1,98	1,80	4,78	0,0000
Страх	8,70	4,57	1,15	2,18	8,63	0,0000
Уникнення сексуальної тематики	7,43	6,70	1,87	1,62	2,59	0,0141
Алекситимічний тип	51,80	47,23	47,15	42,42	2,58	0,0150
Тривожно-сенситивний тип ставлення до хвороби	4,13	0,60	5,98	2,28	3,57	0,0012
Обсесивно-фобічний тип ставлення до хвороби	2,80	0,00	5,16	0,00	2,97	0,0059
Неврастенічний тип ставлення до хвороби	2,17	0,00	4,94	0,00	2,40	0,0229
Негативне самопочуття	0,60	0,43	0,50	0,50	2,41	0,0226
Позитивне самопочуття	0,40	0,57	0,50	0,50	-2,41	0,0226

### ЛІТЕРАТУРА

1. Бреслав Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: норма и отклонения. Москва : Педагогика, 1990. 144 с.
2. Католик Г.В. Професійне становлення психолога в контексті психологічної допомоги дітям та молоді. *Соціогуманітарні проблеми людини*. 2012. № 6. С. 204–214.
3. Католик Г.В., Компанович М.С. Особливості професійної Я-концепції психолога у роботі з підлітками із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія «Психологія»*. 2016. Вип. 2. С. 178–189.
4. Лебедева С.Ю. Коррекция неблагоприятных эмоциональных состояний функционирования комнаты психологической разгрузки. Харьков : АССА, 2002. 92 с.
5. Максименко С.Д. Переживання як психологічний механізм саморозвитку особистості. *Педагогічний процес: теорія і практика*. Київ : ЕЗКМО, 2005. Вип. 3. С. 343–361.
6. Максименко С.Д., Соловенко В.О. Загальна психологія. Київ : МАУП, 2000. 256 с.
7. Осипова А.А. Общая психокоррекция. Москва : ТЦ Сфера, 2005. 512 с.
8. Психология эмоций / В.К. Вилюнас и Ю.Б. Гиппенрейтер. Москва : МГУ, 1984. 288 с.
9. Степанова Н.М. Психокоррекційні заходи в комплексному лікуванні пацієнтів з артеріальною гіпертензією та ішемічною хворобою серця. *Медицинская психология*. 2010. Т. 5, № 4 (20). С. 28–35.
10. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. Москва : Независимая фирма «Класс», 2005. 576 с.
11. Яценко Т.С., Кмит Я.М., Мошенская Л.В. Психологическая интерпретация комплекса тематических психорисунков (глубинно-психологический аспект). Москва : СИП РИА, 2000. 194 с.



## REFERENCES

1. Breslav, G.M. (1990). Jemocional'nye osobennosti formirovaniya lichnosti v detstve: norma i otkloneniya [Emotional features of personality formation in childhood: norm and deviations]. Moskva: Pedagogika [in Russian].
2. Katolyk, H.V. (2012). Profesiine stanovlennia psykholoha v konteksti psykholohichnoi dopomohy ditiam ta molodi [Professional development of a psychologist in the context of psychological assistance to children and youth]. Sotsiohumanitarni problemy liudyny – Socio-humanitarian problems of man, 6, 204–214 [in Ukrainian].
3. Katolyk, H.V., Kompanovych, M.S. (2016). Osoblyvosti profesiinoi Ya-kontseptsii psykholoha u roboti z pidlitkamy iz psykosomatychnymy sertsevo-sudynnymy zakhvoriuvanniamy [Features of the professional self-concept of a psychologist in working with adolescents with psychosomatic cardiovascular diseases]. Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnogo universytetu vnutrishnikh sprav. Seriiia “Psykholohiia” – Scientific Bulletin of Lviv State University of Internal Affairs. Psychology Series, 2, 178–189 [in Ukrainian].
4. Lebedeva, S.J. (2002). Korrekciya neblagoprijatnyh jemocional'nyh sostojanij funkcionirovaniya komnaty psihologicheskoy razgruzki [Correction of adverse emotional states of functioning of the psychological discharge room]. Har'kov: ASSA [in Russian].
5. Maksymenko, S.D. (2005). Perezhyvannia yak psykholohichniy mekhanizm samorozvytku osobystosti [Experience as a psychological mechanism of personal self-development.] Pedagogichniy protses: teoriia i praktyka – Pedagogical process: theory and practice, 3. 343–361 [in Ukrainian].
6. Maksymenko, S.D., Solovienko, V.O. (2000). Zahalna psykholohiia [General Psychology]. Kyiv : MAUP [in Ukrainian].
7. Osipova, A.A. (2005). Obshhaja psihokorrekcija [General psychocorrection]. Moskva: TC Sfera [in Russian].
8. Psihologija jemocij [Psychology of emotions]. / V.K. Viljunas i J.B. Gippenrejter. Moskva: MGU, 1984 [in Russian].
9. Stepanova, N.M. (2010). Psykhokorektsiini zakhody v kompleksnomu likuvanni patsiientiv z arterialnoiuy hipertenziieiu ta ishemichnoiu khvoroboiu sertsia [Psychocorrective measures in the complex treatment of patients with hypertension and coronary heart disease]. Medytsynskaya psykholohiia – Medical psychology, Vol. 5, 4, 28–35 [in Ukrainian].
10. Jalom, I. (2005). Jekzistencial'naja psihoterapija [Existential psychotherapy]. Moskva: Nezavisimaja firma “Klass” [in Russian].
11. Jacenko, T.S., Kmit, Ja.M., Moshenskaja, L.V. (2000). Psihologicheskaja interpretacija kompleksa tematicheskikh psihorisunkov (glubinno-psihologicheskij aspekt) [Psychological interpretation of a complex of thematic psycho-pictures (deep psychological aspect)]. Moskva: SIP RIA [in Russian].