

ТЕХНОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СТІЙКОСТІ ОСІБ, ЩО ПЕРЕЖИВАЮТЬ НАСЛІДКИ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ

Малхазов О.Р. Технологія формування емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій

У статті обґрунтовано технологію формування емоційної стійкості осіб, які переживають наслідки травматичних подій у процесі їх соціально-психологічної реабілітації. Встановлено, що емоційна стійкість значною мірою визначається ставленням особистості до власної спроможності контролювати свої емоції та емоційні стани у ситуаціях соціальної взаємодії. Ресурс підвищення емоційної стійкості засобами соціально-психологічної реабілітації вбачається у розвитку здатності особи до емоційного самовладання.

Запропоновано алгоритм реабілітаційних заходів, спрямованих на формування емоційної стійкості та зміну самоставлення осіб, що переживають наслідки травматичних подій. Першим кроком є бесіда, у ході якої визначається: рівень усвідомлення потреби у реабілітації, готовність змінити власне ставлення до ситуації; можливість перенесення акцентів із ставлення до себе як постраждалого на сприйняття себе як рівноцінного учасника реабілітаційного процесу; виявляються особистісні ресурси. Другий крок – *діагностичний*. На цьому етапі актуалізується здатність особистості диференціювати емоції та емоційні стани; її досвід рефлексії посттравматичних подій; здатність вирізняти ситуації, що викликають зниження емоційної стійкості (виявляються типові ситуації) та застосовувати наявні стратегії виходу з посттравматичних ситуацій. Третім

кроком є виявлення і рефлексія умов та чинників виникнення емоційних реакцій; моделювання успішних та неуспішних способів опанування емоційними станами з наступним аналізом причин неуспіху; аналіз досвіду респондента та залучення технологічних прийомів для утвердження його у власній спроможності контролювати емоції та емоційні стани. На четвертому етапі (*формульовальному*) конкретизується уявлення про бажані моделі поведінки у емоційно значущих ситуаціях та визначаються необхідні уміння та навички корекції емоцій; застосовуються реабілітаційні техніки та технології для формування упевненості у власній спроможності контролювати емоційні стани, формуються окремі уміння контролю емоцій у типових ситуаціях; розвивається здатність до антиципації ситуацій, що зумовлюють зниження емоційної стійкості, та вибору оптимальної моделі поведінки (уникнення, розв'язання, зміна ставлення до ситуації, витіснення або знецінення ситуацій, що не можуть бути вирішені).

Ключові слова: технологія, емоційна стійкість, само ставлення, взаємодія, посттравматична ситуація, реабілітаційний ресурс

Малхазов А.Р. Технологія формування емоціональної устійчивости лиц, переживающих последствия травматических событий

В статье теоретически обоснована технология формирования эмоциональной устойчивости лиц, переживающих последствия травматических событий в процессе их социально-психологической реабилитации. Установлено, что эмоциональная устойчивость, в значительной степени определяется отношением личности к собственной способности контролировать свои эмоции и эмоциональные состояния в ситуациях социального взаимодействия. Ресурс повышения эмоциональной

устойчивости усматривается в развитии способности личности к эмоциональному самообладанию.

Предложено алгоритм реабилитационных мероприятий, направленных на формирование эмоциональной устойчивости и изменение отношения к себе лиц, переживающих последствия травматических событий. Первый шагом является беседа, в ходе которой определяются: уровень осознания потребности в реабилитации; готовность изменить собственное отношения к ситуации; возможность перенести акценты с отношения к себе, как пострадавшему, на восприятие себя, как равноценного участника событий; выявляются личностные ресурсы. Второй шаг – *диагностический*. На этом этапе актуализируется способность личности дифференцировать эмоции и эмоциональные состояния; ее опыт рефлексии посттравматических событий; способность выделять ситуации, вызывающие снижение эмоциональной устойчивости (выявляются типичные ситуации) и применять имеющиеся стратегии выхода из посттравматических ситуаций. Третьим шагом является выявление и рефлексия условий и факторов возникновения эмоциональных реакций; моделирование успешных и неуспешных способов совладания с последующим анализом причин неуспеха; анализ опыта респондента и привлечение технологических приемов для утверждения его в собственной способности контролировать эмоции и эмоциональные состояния. На четвертом этапе – *формирующем* – конкретизируются представления о желаемых моделях поведения в эмоционально значимых ситуациях и определяются необходимые умения и навыки коррекции эмоций; применяются реабилитационные техники и технологии для формирования уверенности в собственной способности контролировать эмоциональные состояния, формируются отдельные умения контроля эмоций в типичных ситуациях; развивается способность к антиципации ситуаций, в которых снижается

эмоциональная устойчивость, выбирается оптимальная модель поведения (избегание, решение, изменение отношения к ситуации, вытеснение или обесценивание ситуаций, которые не могут быть решены).

Ключевые слова: технология, эмоциональная устойчивость, самоотношение, взаимодействие, посттравматическая ситуация, реабилитационный ресурс.

Malkhazov O.R. Technology of shaping emotional resilience of patients who are going through the consequences of traumatic events

The article explains technology of shaping emotional resilience of patients who are going through the consequences of traumatic events in the process of their socio psychological rehabilitation. The article detects that emotional resilience is largely defined by how personality relates to her own ability to control emotions and emotional states in situations of social interaction. Resource of increase of emotional resilience is seen in development of one's ability of emotional self-control.

The article offers an algorithm of rehabilitation means that are aimed at shaping of emotional resilience and change in self-confidence of the persons who are going through the effects of traumatic events. First step is a conversation that aims to find out the following: level of self consciousness regarding the need for rehabilitation; readiness to change her own attitude towards the situation; possibility of change of the accents – from treating oneself as a victim to perceiving oneself as an equal participant of the rehabilitation process. Also, personality resources are revealed. Second step is diagnostic. This stage actualizes the ability of the personality to differentiate emotions and emotional states; her experience of reflection on posttraumatic events; ability to distinguish situations that cause decrease in emotional resilience (typical situations are revealed) and applying available strategies for escape from posttraumatic situations. Third step is detection and reflection of conditions and causes of the emergence of emotional reactions; modeling successful and

unsuccessful methods of managing emotional states with following analysis of the reasons for failure; analysis of respondent's experience and engagement of technological methods to increase her confidence in her own ability to control emotions and emotional states. At the fourth stage (formation), the image of desired models of the respondent's behaviour in emotionally significant situations is specified and necessary abilities and skills of emotion correction are defined; rehabilitation techniques and technologies of enhancing confidence in one's ability to control emotional states are applied; ability to anticipate situations that cause decrease of emotional resilience and choose optimal behaviour model (avoidance, solution, changing of attitude towards the situation, suppression or depreciation of the situations that cannot be solved) is developed.

Key words: technology, emotional resilience, self-confidence, interaction, traumatic situation, rehabilitation resource.

Постановка проблеми. Останні події у світі, зокрема й в Україні, актуалізували запит на розробку соціально-психологічних технологій реабілітації. За даними американських дослідників [12] майже 60% населення хоча б один раз у своєму житті переживали травматичну подію, 7% – страждали на ПТСР. Тривале переживання посттравматичної ситуації супроводжується високим рівнем емоційної напруженості особистості і почасти призводить до зневіри у власній здатності контролювати негативні емоції та вибудовувати ефективну комунікацію. Проблема контролю емоцій досліджується переважно у руслі загальної психології та психофізіології, водночас соціально-психологічні чинники розвитку емоційної стійкості залишаються поза увагою науковців. Серед таких чинників одним із найбільш важливих, на наше переконання, є упевненість особи у власній спроможності

контролювати емоції та емоційні стани у ситуаціях соціальної взаємодії.

Постановка завдання. Метою даної статті є теоретичне обґрунтування технології формування у процесі соціально-психологічної реабілітації впевненості особистості у власній спроможності контролювати негативні емоційні прояви, викликані переживанням посттравматичної ситуації.

Виклад основного матеріалу. Формування впевненості особистості у спроможності контролювати негативні емоційні прояви завжди цікавили психологів, які безпосередньо у своїй практичній діяльності стикаються з необхідністю надання немедичної психотерапевтичної допомоги.

Більшість дослідників [2-4,7-13], характеризуючи зміни, що відбуваються внаслідок психотравматичної ситуації, відзначають: розлади у картині світу, у поведінці взагалі та у комунікації зокрема, значні когнітивні, фізичні та емоційні проблеми. При цьому зазначається, що чи не найскладнішим у роботі психотерапевта є налагодження контакту з пацієнтом і прийняття останнім того факту, що самостійно знайти шляхи виходу з цієї ситуації не вдається.

Ефективність особи у сприйняття і осмислення ситуації, аналізі наявної інформації визначається, зокрема, її можливостями контролювати несприятливі емоційні переживання у ситуаціях взаємодії. Одним із основних чинників успішного контролю є емоційна стійкість (ЕС) особистості. В основу нашого дослідження покладено уявлення про те, що одним з головних механізмів внутрішньої регуляції психічної активності та поведінки виступає суб'єктивне переживання ситуації і власної здатності до самоконтролю у цій ситуації.

У нашому дослідженні емоційну стійкість ми розглядатиме як активність, як механізм забезпечення цілісності функціонування системи емоційної регуляції діяльності, поведінки особистості у взаємодії із значущими

іншими, як здатність особистості контролювати емоційні стани у значущих ситуаціях соціальної взаємодії та у професійній діяльності. Ця здатність забезпечується функціонуванням багаторівневої системи психофізіологічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних чинників. Нами висунуто припущення про те, що ефективність системи можна змінити шляхом корегування окремих її елементів. Підхід до аналізу проблеми з позицій соціально-психологічної теорії відновлення психологічного здоров'я дозволив виділити три групи чинників, коригування яких в умовах реабілітації сприятиме підвищенню емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій:

✓ *здатність до емоційного самовладання*, яка залежить від балансу досвіду і схематичних уявлень в емоційно дражливій ситуації, диференціювання емоцій, широти спектру стратегій виходу з ситуацій;

✓ *здатність до рефлексії власних емоційних проявів*, що визначається мірою усвідомлення індивідуальних особливостей, ресурсів та проблемних зон емоційної саморегуляції; рівнем антиципації ситуацій, що зумовлюють зниження емоційної стійкості;

✓ *самосприйняття і самоставлення* – виявляється в уявленнях про бажані моделі поведінки у емоційно значущих ситуаціях; упевненості у власній спроможності контролювати емоційні стани, моделях поведінки, які видаються респонденту оптимальними у типових ситуаціях.

Критерії для розпізнання проявів емоційної стійкості, на основі аналізу досліджень [1-2, 4-8, 10-13], було об'єднано у три групи:

✓ *Психофізіологічні*: (фізіологічна реактивність) – емоційна реактивність (збудливість); нервова та фізична витривалість; характер, інтенсивність та тривалість емоційного збудження або пригнічення, періодичність їх коливань; поріг та глибина емоційних переживань, їх тривалість, інтенсивність, рухливість, лабільність, здатність

розпізнавати, диференціювати, регулювати емоції та емоційні стани, стенічні та астенічні форми емоційного реагування (характерними ознаками стенічної форми реагування є роздратованість на себе та оточуюче середовище, астенічного – бажання відволіктись від несприятливих ситуацій, спогадів, заспокоїтись).

✓ Особистісні якості: екстра-інтровертованість, демонстративність, застрявання, нейротизм, тривожність, комунікативність, рефлексія; ступінь домінування позитивних та негативних емоційних переживань (визначається за емоційною експресією);

✓ Соціально-психологічні: переважання у взаємодії практик конструктивного діалогу, поведінка у конфліктних ситуаціях (емоційно стійка особа зберігає спокій, шукає причину конфлікту, не вдається до аргументів особистого характеру, уникає оціночних суджень, орієнтована на компроміс), сугестивність.

Зрозуміло, що кожен має своє бачення адекватності емоційних проявів, оскільки, набуваючи досвід, кожен формує власну внутрішню систему змістовних, якісних та динамічних критеріїв емоційної відповідності. Незадоволеність потреб, неадекватна оцінка ситуації неуспіху, непослідовність поведінки, впертість, втрата контролю над своїми діями зумовлюють негативні афективні переживання та сплески емоцій, що призводить до виникнення проблем у взаємодії з оточенням та провокує негативні форми поведінки у відповідь.

Основними ознаками ЕС особистості є збалансований прояв інтенсивності емоційних реакцій, їх стабільність та адекватність, здатність контролювати астенічні емоційні стани. Високому рівню ЕС відповідають: здатність у взаємодії адекватно оцінювати і прогнозувати свою поведінку і партнера, вміння передбачати та розпізнавати емоційні прояви у ситуаціях, що виникають, рефлексувати та емпатувати, враховувати позитивний і негативний досвід подолання несприятливих емоційних станів.

Характерними ознаками низького рівня ЕС є підвищена уразливість, впертість, негативізм, замкненість, загальмованість, часта зміна емоцій протилежних знаків, мінливість настрою, не здатність переживати радісні моменти життя, хворобливий песимізм, неспокій, боязкість.

У кожній конкретній ситуації емоційна стійкість може бути детермінована: а) переважно досвідом, з включеними до нього ядерними уявленнями; б) переважно первинними (схематичними) уявленнями – образами діяльності. У кожному випадку досвід і первинні уявлення доповнюють одне одного. Емоційна стійкість однозначно не корелює з інтенсивністю негативних переживань, хоча частка останніх дещо вища в групі емоційно нестійких.

Емоційна стійкість (ЕС) осіб, які переживають наслідки психотравматичних подій, значною мірою визначається їх вірою у власну спроможність контролювати свої емоційні прояви в ситуаціях соціальної взаємодії.

До загальних емоційних симптомів які проявляються у осіб, що переживають наслідки психотравмуючої ситуації більшість дослідників [1-2, 4-8,10-13] відносять страх, депресію, гнів, нездатність контролювати власні емоції та емоційні стани.

Зниження емоційної стійкості зумовлює виникнення труднощів у соціальній взаємодії і проявляється у поведінці: – як уникнення спогадів про пережите, – як зниження самооцінки і рівня домагань, – як зростання частки агресивних реакцій, – як виникнення депресивних станів, – як зниження ефективності прийняття рішень, – як зниження здатності до самоконтролю тощо.

На основі аналізу результатів наукових досліджень можна виділити типи поведінки осіб з порушеннями емоційної регуляції внаслідок переживання посттравматичної ситуації:

✓ позитивний (оптимістичний), як розуміння необхідності змін, на кшталт «так жити більше неможна», «треба щось міняти». Звідси формується конструктивний

підхід до переоцінки власних можливостей і упевненість у тому, що «існують шляхи розв'язання проблем, які сьогодні лежать поза межами моїх можливостей, але в принципі досяжні для мене». Отже, для особистості з позитивним типом реагування переживання психотравматичної ситуації стає спонукою до зміни себе. З такими пацієнтами необхідно працювати, застосовуючи, переважно, технології когнітивної регуляції;

✓ негативний (песимістичний) – як відмова від будь-яких змін, за принципом «краще залишити як є, аби не було гірше», на тлі переживання відчуття дисонансу і дисгармонії. Такий тип реагування пов'язаний зі страхом погіршити існуюче становище, невпевненістю у власній спроможності контролювати негативні емоційні стани, а відтак переконаністю у нереальності змін на краще. У роботі з цією категорією пацієнтів основний акцент ставиться на технологіях, спрямованих на формування впевненості у власних можливостях контролювати емоції та емоційні стани;

✓ зважений тип реагування, що базується на розважливому аналізі причин виникнення негативних переживань. Такий тип реагування позбавлений поспішних оцінок та упереджень щодо можливості щось змінити. Поведінка – на кшталт «я нікуди не поспішаю», «перш ніж щось зробити необхідно сім разів відміряти і один раз відрізати». Реабілітаційні заходи з цією категорією пацієнтів проводяться з опертям на когнітивні та рефлексивні технології;

✓ аутоагресивний тип, властивий більшою мірою депресивним особистостям і особам з мазохистськими схильностями. У роботі з цією категорією пацієнтів необхідно починати з реабілітаційних заходів, спрямованих на зміну ставлення до себе, як до постраждалого, на ставлення до себе, як співучасника подій. При цьому основна увага приділяється з'ясуванню того, «яку ситуацію

я можу змінити, а яка знаходиться поза межами моїх можливостей, яким потенціалом я володію»;

✓ тип агресивного реагування, спрямованого на інших, які «не розуміють, недооцінюють, не поважають, глузують, зраджують». Слід пам'ятати, що будь-який прояв агресивності є наслідком незадоволеності особистості навколишньою дійсністю, рівнем та умовами свого життя, іншими особами або ж самим собою. Роботу з цією категорією пацієнтів слід починати із з'ясування сутності проблем («чого саме не розуміють, хто і чому недооцінює, не поважає, глузує, хто і чому зраджує»), після чого застосовуються технології розвитку соціальних умінь, навичок взаємодії з іншими;

✓ апатичне реагування – «мені байдуже, як це закінчиться, аби вже все закінчилось, бо я смертельно втомився». Реабілітацію пацієнтів цієї категорії необхідно починати з диференціювання причин апатії (перевтома, втрата перспектив чи впевненості у власній спроможності щось змінити на краще). Якщо це втома, то необхідно починати з відновлення функціонального стану. Якщо причиною апатії є втрата перспектив, необхідно викликати позитивну або негативну реакцію, а далі зосередитись на формуванні вмінь диференціювати і розпізнавати типи власних емоційних реакцій і керувати ними. У випадку, коли має місце втрата віри у власну спроможність щось змінити на краще, необхідно формувати упевненість пацієнта у спроможності контролювати емоційні стани.

Основними показниками, які застосовуються для визначення типу реагування осіб, що переживають наслідки травматичних подій, є: - домінуюче емоційне забарвлення та емоційна стійкість; - динамічні поведінкові прояви, насамперед рівень активності особистості і готовність до набуття ефективних практик взаємодії; - рефлексивні уміння.

Психотравмуюча ситуація проявляється як негативна сила, яка гальмує бажання жити і радіти життю. Інший

полюс, як парадокс травми, – це її здатність зцілювати і змінювати особистість. Відтак усвідомлення суб'єктом власного світосприйняття та світовідчуття є фактично засобом структурування і уточнення своїх можливостей набуття нового досвіду у подоланні психотравмуючих переживань, а розвиток емоційної стійкості постає свого роду ресурсом реабілітації.

Для проведення психотерапевтичних заходів щодо формування емоційної стійкості особистості до посттравматичної ситуації у процесі її соціально-психологічної реабілітації нами запропонована технологія, яка складається з чотирьох кроків.

Крок перший (бесіда) – респондент у пропонується визначитись щодо таких питань: Чи можу я самостійно впоратись зі своїми переживаннями? Чи хочу я змінити свою оцінку ситуації? – Чи можу я змінити свою оцінку ситуації? – Чому я це хочу? – Чи можу змістити акценти з оцінки себе, як постраждалого, на співучасника? – Що для цього треба зробити? – Яким потенціалом я володію? Після цього переходимо до другого кроку.

Крок другий – діагностичний, на якому за допомогою психотерапевта відбувається актуалізація здатності особистості: 1) диференціювати емоції та емоційні стани; 2) рефлексувати події які відбулися; 3) вирізняти ситуації, що викликають зниження емоційної стійкості (виявлення типових ситуацій); 4) застосовувати наявні стратегії виходу з посттравматичних ситуацій: - досвід уникнення таких ситуацій; - досвід успішного розв'язання таких ситуацій.

Крок третій – рефлексивний: 1) виявлення і рефлексія умов та чинників виникнення емоційного збудження або пригнічення; 2) моделювання успішних та неуспішних способів опанування емоцій та емоційних станів; 3) аналіз досвіду респондента та залучення технологічних прийомів на підтвердження принципової спроможності контролювати власні емоцій та емоційні стани;

Крок четвертий – формувальний: 1) конкретизація уявлення про бажані моделі поведінки у емоційно значущих ситуаціях та необхідні уміння та навички корекції емоцій та емоційних станів; 2) застосування реабілітаційних технік та технологій для формування: а – упевненості у власній спроможності контролювати свої емоції та емоційні стани; б – закріплення успішних прийомів контролювання емоцій та емоційних станів; 3) розвиток здатності до антиципації ситуації, що зумовлює зниження емоційної стійкості та вибору оптимальної моделі поведінки (уникнення, розв’язання, зміна ставлення до ситуації, витіснення або заміщення ситуацій, які не можуть бути вирішені).

Висновки. Емоційна стійкість осіб, які переживають наслідки травматичних подій, значною мірою визначається самоставленням особистості до власної спроможності контролювати свої емоції та емоційні стани у ситуаціях соціальної взаємодії. Відтак ресурс підвищення емоційної стійкості вбачається у розвитку здатності особи до емоційного самовладання засобами соціально-психологічної реабілітації.

Спрямований на підвищення емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій, алгоритм реабілітаційних заходів передбачає мобілізацію усього потенціалу пацієнта: від мотивації – до досвіду саморегуляції – визначення особливостей ситуацій, що зумовлюють емоційне напруження – до розвитку необхідних умінь.

Література

1. Аболин Л.М. Психологические механизмы эмоциональной устойчивости человека /Л. Аболин – Издательство Казанского университета, 1987. – 262 с.
2. Бовина, И.Б. Социальная психология здоровья и болезни / И.Б. Бовина - 2-е исп.изд.- М.: Аспект пресс, 2008.- 263с.

3. Картина світу // Філософський енциклопедичний словник / В. І. Шинкарук (голова редколегії) та ін. – Київ : Абрис, 2002. – 742 с.
4. Коен Д., Маннаріно Е., Деблінджер Е. Психотерапія з дітьми та підлітками, які пережили травму та втрату. – Львів: Свічадо, 2016. – 264 с.
5. Малхазов О.Р. Психологія праці (навчальний посібник) / Малхазов О.Р. – К.: Центр навчальної літератури, 2010. – 180 с.
6. Малхазов О.Р. Теоретичні засади дослідження емоційної стійкості //Наукові студії із соціальної та політичної психології. – Зб. статей. К.: 2017, Вип. 40 (43). – С. 22 – 71.
7. Падун М.А. Нарушение регуляции эмоций после психической травмы //Психологический журнал, 2016, том 37, № 4, с. 74 – 84.
8. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. – Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с.
9. Політична картина світу студентської молоді: психологічні проблеми формування: монографія / за ред. В.Д. Бондаренка, І.В. Жадан; НАПН України, Інститут соціальної та політичної психології. – К.: Міленіум, 2017. – 264 с.
10. Титаренко Т. М. Психологическое здоровье личности: средства самопомощи в условиях длительной травматизации : монография / Т. М. Титаренко / НАПН Украины, Институт социальной и политической психологии. – Кропивницкий : Імекс-ЛТД, 2018. – 160 с.
11. Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.
12. Kessler R.C., Berglund P., Delmer O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National

Comorbidity Survey Replication //Archives of General Psychiatry. 2005. Vol. 62. No 6. P. 593– 602.

13. Painter, J. E., Borba, C. P., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 358–362.

Reference

1. Abolin L.M. (1987). Psihologicheskie mekhanizmy ehmocional'noj ustojchivosti cheloveka. Izdatel'stvo Kazanskogo universiteta (rus).

2. Bovina, I.B. (2008). Sotsialnaya psihologiya zdorovya i bolezni / I.B. Bovina - 2-e isp.izd.- M.: Aspekt press (rus).

3. Kartyna svitu (2002). // Filsofskyi entsyklopedychnyi slovnyk / V. I. Shynkaruk (holova redkolehii) ta in.– Kyiv : Abrys (ukr).

4. Koen D., Mannarino E., Deblindzher E. (2016). Psykhoterapiia z ditmy ta pidlitkamy, yaki perezhyly travmu ta vtratu. – Lviv: Svichado (ukr).

5. Malkhazov O.R. (2010). Psykholohiia pratsi (navchalnyi posibnyk) / Malkhazov O.R. – K.: Tsent navchalnoi literatury (ukr).

6. Malkhazov O.R. (2017). Teoretychni zasady doslidzhennia emotsiinoi stiikosti //Naukovi studii iz sotsialnoi ta politychnoi psykholohii. – Zb. statei. K.: Vyp. 40 (43). – S. 22 – 71 (ukr).

7. Padun M.A. (2016). Narushenie regulyatsii emotsiy posle psihicheskoy travmy //Psihologicheskyy zhurnal, tom 37, # 4, s. 74 – 84 (rus).

8. Psykholohiia zdorovia liudyny (2011). / Za red. I. Ya. Kotsana. – Lutsk: RVV «Vezha» Volyn. nats. un-tu im. Lesi Ukrainky (ukr).

9. Politychna kartyna svitu studentskoi molodi: psykholohichni problemy formuvannia: monohrafiia (2017) / za

red. V.D. Bondarenka, I.V. Zhadan; NAPN Ukrainy, Instytut sotsialnoi ta politychnoi psykholohii. – K.: Milenium (ukr).

10. Titarenko T. M. (2018). Psihologicheskoe zdorove lichnosti: sredstva samopomoschi v usloviyah dlitelnoy travmatizatsii : monografiya / T. M. Titarenko / NAPN Ukrainyi, Institut sotsialnoy i politicheskoy psihologii. – Kropivnitskiy : Imeks-LTD (rus).

11. Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychology and Health*, 15, 173–189.

12. Kessler R.C., Berglund P., Delmer O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication //Archives of General Psychiatry. Vol. 62. No 6. P. 593– 602.

13. Painter, J. E., Borba, C. P., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 358–362.