

СЕКЦІЯ 4

ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ. ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ

РЕСУРСНІ КОМПОНЕНТИ ОСОБИСТОСТІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ

RESOURCE COMPONENTS OF THE PERSONALITY AT DIFFERENT STAGES OF FORMATION OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE

У статті розглядаються ресурсні компоненти особистості на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби. Проводиться аналіз теоретико-методологічних робіт і визначення основних підходів до проблеми ресурсів особистості та формування внутрішньої картини хвороби пацієнта. Сучасна психологічна наука підкреслює важливість для підтримання балансу між адаптаційними можливостями людини та наявністю недуги внутрішньої картини хвороби. Саме тому у статті зроблено акцент на те, що в сучасному суспільстві, коли людство переходить на новий етап розвитку, дедалі більше затребуваною стає концепція якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я, внутрішньою картиною хвороби та ресурсами особистості. У статті показано, що через безсимптомний перебіг і незворотність патологічних змін зорових функцій саме глаукома формує певну картину хвороби та потребує відповідних ресурсів для покращення якості життя за незворотності захворювання.

Основну увагу приділено тому, що у групі з першою стадією глаукоми (з відповідною внутрішньою картиною хвороби) існують кореляційні взаємозв'язки між такими ресурсними компонентами, як: вплив зорових порушень на якість життя особистості, часова перспектива, орієнтація на результат, локус-життя, рівень фрустрації й агресивності, реактивної тривожності, настрою й орієнтація на процес.

У статті показано, що у групі із третьою стадією глаукоми (відповідною внутрішньою картиною хвороби) існують кореляційні взаємозв'язки між такими ресурсними компонентами, як: фізична активність, рівень реактивної тривожності, показник резилентності, показник психічного здоров'я та впливу зорових порушень на якість життя, рівень стресу, агресивності та ригідності та настрою, орієнтованість на процес, часова перспектива та рівень фрустрації, локус контролю-Я, орієнтованість на результат, рівень депресії.

Ключові слова: ресурси, внутрішня картина хвороби, особистість, глаукома, ресурсні компоненти.

The article deals with the resource components of personality at different stages of formation of the internal picture of illness. The author analyses theoretical and methodological works and identifies the main approaches to the problem of personality resources and the formation of the patient's internal picture of illness. Modern psychological science emphasises the importance of maintaining a balance between a person's adaptive capabilities and the presence of a disease of a certain internal picture of the disease. That is why the article focuses on the fact that in modern society, when humanity is moving to a new stage of development, the concept of quality of life related to health, internal disease picture and personal resources is becoming increasingly popular. The article shows that, due to the asymptomatic course and irreversibility of pathological changes in visual functions, it is glaucoma that forms a certain picture of the disease and requires appropriate resources to improve the quality of life in case of irreversibility of the disease.

The main attention is paid to the fact that in the group with the first stage of glaucoma (with the corresponding internal picture of the disease) there are correlations between such resource components as: the impact of visual impairment on the quality of life of the individual, the time perspective, the result orientation, the locus of the life, the level of the frustration and the aggression, of the reactive anxiety, the level of the mood, the process orientation.

The article shows that in the group with the third stage of glaucoma (with the corresponding internal picture of the disease) there are correlations between such resource components as: the physical activity, level of the reactive anxiety, the resilience index, the index of mental health and the impact of visual impairment on the quality of life, level of the stress, the aggression, the rigidity and the mood, the process orientation, the time perspective and the level of the frustration, the locus of control-Self, the result orientation, the level of the depression.

Key words: resources, internal picture of disease, personality, glaucoma, resource components.

УДК 159.923: 617.7

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.47.7>

Булах І.А.

аспірант кафедри клінічної психології
Одеський національний університет
імені І.І. Мечникова

Вступ. Порушення рівноваги, балансу між адаптаційними можливостями людини та мінімальними умовами середовища поступово, але досить упевнено призводить до зростання кількості людей, обтяжених тими чи іншими захворюваннями. Як наслідок, людина має пристосовувати власні життєві цілі та методи їх

досягнення до тих обмежень, які диктує їй стан здоров'я.

Тобто вплив психологічного чинника, особливо великий, що відбувається через те, що внутрішня картина хвороби людини залежить від стадії перебігу хвороби, що пов'я-

зано і з особистісною специфічністю особистості [1].

Отже, можливість дослідження базисних переконань як характеристики внутрішньої картини хвороби в контексті ресурсної сфери пацієнта пояснюється тим, що людям властиво тлумачити події, що відбуваються, так, щоб підтримувати стійкість і стабільність суб'єктивної картини світу, особливо в ситуації хворобливого стану.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність понять «ресурси» та «внутрішня картина хвороби» у психологічній науці.

2. Встановити особливості взаємозв'язку ресурсних компонентів особистості на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби.

1. Теоретичне обґрунтування проблеми. Нині в Україні акцент із лікування хвороб переноситься на профілактику їх і пропаганду способів збереження та зміцнення здоров'я завдяки ресурсам особистості.

У сучасний період розвитку суспільства вважається вкрай важливим для успішного функціонування адаптивність пацієнта, що здебільшого здійснюється завдяки усвідомленому використанню своїх психологічних, духовних і соціальних ресурсів. Це пов'язано з тим, що психологічні якості людини, які розглядаються як ресурси, дають змогу більш ефективно діяти та досягати успіху, долати стреси та справлятися із життєвими труднощами.

Так, у психологічній науці ресурси прийнято розглядати як джерела чи засоби для підвищення якості життя пацієнта, як чинник подолання кризових подій, спричинених різними обставинами життя з певним недугом. Особистісні ресурси пацієнтів – це внутрішні та зовнішні змінні, що сприяють психологічній стійкості особистості, це можливості особистості, які вона актуалізує для адаптації до стресових ситуацій і життєвих подій, які спричиненні хворобою [3].

Психологічні ресурси – це смислові ресурси, засоби побудови динамічної взаємодії з обставинами життя, міра суб'єктивного контролю над ними або залежності від них, стійкі очікування позитивних або негативних наслідків подій, стратегії взаємодії зі складністю та невизначеністю, гнучкість або ригідність цілепокладання, характеристики зв'язку зусиль із результатами діяльності, наявність яких надає суб'єкту відчуття опори й упевненості в собі, задоволеність життям, внутрішнє право на активність і ухвалення рішень.

У психологічній науці внутрішньою картою хвороби називають поєднання сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань і травм, загальне самопочуття, уявлення людини про свою хворобу, про її причини.

Р.А. Лурією внутрішня картина хвороби розглядалася як сукупність уявлень людини про своє захворювання, результат творчої активності, яку проробляє пацієнт на шляху усвідомлення своєї хвороби, яка залежить від тяжкості хвороби, її тривалості, а також від характеристик особистості. На думку вченого, деякі позиції щодо своєї хвороби ведуть до поліпшення стану, профілактики рецидивів, полегшення тяжкості страждань, а також зняття тривоги, покращення якості життя пацієнта [5].

2. Методологічна основа дослідження. Так, відповідно до системного підходу, В.А. Скумін уважав, що внутрішня картина хвороби – це складна система ставлення пацієнта до захворювання та його лікування, до оточення, до власної особистості, до навчання та роботи, до майбутнього, до своїх вітальних функцій, ресурсів, загалом до життя, яка розглядається ним крізь власну хворобу [2].

Водночас психологічні ресурси особистості пацієнта є системою взаємозалежних компонентів індивідуально-середовищного характеру, використання яких може ефективно впливати на покращення якості життя за наявності хвороби. Цілоком обґрунтовано розглядати ресурси особистості в системі соціально-психологічних проявів, оскільки особливості особистості, як і кризові події, які переживає хвора людина, не обмежуються лише рівнем внутрішнього простору людського існування, а виходять у сферу соціальних зв'язків.

У рамках функціонального підходу внутрішня картина хвороби описує стан і особливості внутрішнього світу людини, стиль і спосіб її життєдіяльності, на основі чого формується здатність до збереження компенсаторних і захисних властивостей хворої людини [2].

Е.В. Михайленко наголошував на тому, що ресурси – це комплекс здібностей пацієнта, реалізація яких дає змогу зберігати баланс адаптаційно-компенсаторних механізмів. Налагоджена робота цього комплексу забезпечує психічне, соматичне та соціальне благополуччя пацієнта і, відповідно до спрямованості особистості, створює умови для відкриття нею своєї унікальної ідентичності та подальшої самореалізації навіть в умовах хвороби [6].

У рамках структурного підходу М.В. Сокольська вважала, що внутрішня картина хвороби – це системоутворювальний компонент структури особистості, частина конструкту її світогляду, а основна закономірність формування цього компоненту структури полягає у спрямованості до органічного злиття різних його компонентів для поліпшення якості життя [10].

У руслі структурного підходу вивчення внутрішньої картини хвороби в контексті її ресурсів визначає необхідність вивчення рези-

летності та стресостійкості, психоемоційних станів особистості, смислів і базових прагнень пацієнта.

Згідно із соціальним підходом, Н.І. Питецька розглядає внутрішню картину хвороби як соціокультурний феномен, як механізм прагнення вдосконалення здоров'я на рівні індивіда, групи та суспільства [8].

Так, Н.В. Родіна зазначає, що внутрішня картина здоров'я є ситуативно зумовленою, тобто має соціальну складову частину. На думку вченої, виражений фізіологічний дискомфорт або почуття тривоги в ситуації ізоляції або агресії, як реакції на хворобу, призводять до розчарування, фантазійного або псевдологічного експресивного реагування, до нездатності прийняти реальні обставини та втрати ресурсів для подолання хвороби [9].

Загалом, внутрішня картина хвороби являє собою важливий рівень системи відносин пацієнта в соціальній ситуації розвитку його захворювання та включає такі аспекти: ставлення людини до своїх відчуттів, почуттів і емоцій, до себе як особистості загалом; ставлення до інформації про свій діагноз; ставлення до оточення, включно з думкою пацієнта про те, як до нього та його хвороби ставляться інші люди; ставлення до власних можливостей і ресурсів, які спрямовані на підтримку якості життя або подолання хвороби; ставлення до соціальних ситуацій, у які включений пацієнт (навчання, роботи, лікувального процесу тощо); ставлення до минулого, сьогодення та майбутніх перспектив його життя [3].

Водночас у зарубіжній літературі ресурси розглядаються в аспекті взаємодії особистості хворого з навколишнім середовищем як такі, що знижують дії стресових чинників, що пов'язані із хворобою. З погляду американських учених, ресурси впливають на здібності особистості відновлювати сили, на її «психологічну живучість», життестійкість [6].

Згідно з діяльнісним підходом, В.Н. Мясіщев розглядав внутрішню картину хвороби як результат адаптації особистості до умов життя, які продиктовані захворюванням, тобто внутрішня картина хвороби істотною мірою бере участь у регуляції психічної діяльності та поведінки пацієнта [7].

Зауважимо, що ресурси відображають міру подолання особистістю заданих обставин. Р. Лазарус уважав, що пошук необхідних ресурсів – це стратегія долання, яка реалізується у вигляді широкого діапазону динамічних психоемоційних реакцій на різні стресові ситуації [4].

Представники особистісного підходу вважали, що внутрішня картина хвороби – цілісний, складний психологічний феномен, що відображає особливості глибинних переживань пацієнта у зв'язку із хворобою, її особистіс-

ний сенс. Так, Р. Сапольскі розглядав варіанти внутрішньої картини хвороби через показники взаємозв'язку стресу та депресії, оскільки тривале перебування у стресовому стані із-за хвороби призводить з початку до постійно зниженого самопочуття, як наслідок – до депресії. На думку вченого, у стані стресу закріплюються також прояви нестійкого настрою, іноді з ознаками депресії, виникає підвищена втомлюваність, прагнення викликати до себе співчуття, що можуть бути пов'язані з емоційним виснаженням на тлі хвороби [1].

С.А. Хазова в рамках особистісного підходу вважала, що ключовим для розуміння ресурсу повинен буди момент його сприйняття й усвідомлення як ресурсу, тобто в ментальному досвіді суб'єкта повинні стійко зв'язуватися: подолання даного конкретного об'єкта або властивості та корисність цього подолання для ефективності діяльності, тобто усвідомлене обрання ресурсів має бути результатом досвіду проживання важких життєвих ситуацій [11].

3. Методи дослідження. Неспецифічний опитувальник SF-36, німецька версія методики VF-14, методика часової перспективи Ф. Зімбардо (ЗТРТ), методика на визначення рівня стресу (автор В.Ю. Шербатих), опитувальник «Шкала депресії» В. Зунга, методика суб'єктивної оцінки реактивної й особистісної тривожності (автори Ч.Д. Спілбергер і Ю.Л. Ханін), тест «Сенсножиттєві орієнтації» (методика СЖО) (автор Д.А. Леонтьєв), методика «Діагностика психічних станів» (автор Г. Айзенк), методика САН, авторська анкета, що спрямована на дослідження резилентності.

4. Результати дослідження. Емпіричне дослідження показало, що у групі з першою стадією глаукоми існує прямий кореляційний взаємозв'язок між показником рівня впливу зорових порушень на якість життя особистості та такими показниками, як: «Часова перспектива» ($r = 0,376, p < 0,05$), «Результат» і «Локус-Життя» ($r = 0,456$ та $r = 0,314, p < 0,05$). Показник рівня впливу зорових порушень на якість життя має зворотний кореляційний взаємозв'язок із показником рівня реактивної тривожності ($r = 0,369, p < 0,05$). Отже, у респондентів за значного впливу зорових порушень на їх життєдіяльність, коли забороняється виконувати діяльність із певним рівнем напруження та все більше дій стають протипоказані, зростають напруга, занепокоєння, що може спричинити порушення уваги, підвищену стомлюваність і швидко виснажуваність. Саме тому респонденти демонструють тепле, сентиментальне ставлення до минулого, воно представляється в райдужному світлі порівняно з теперішнім за наявності глаукоми, тобто вони орієнтовані на минулу результативність як ресурс для того, щоб жити. Водночас, хоча респонденти

і вірять, що людині дано контролювати своє життя, вільно ухвалювати рішення та втілювати їх у життя, але в їх випадку безглуздо щось загадувати на майбутнє.

Виявлено, що у групі з першою стадією глаукоми між показником рівня реактивної тривожності та рівня локусу контролю життя ($r = 0,369$, $p < 0,05$) існує зворотний кореляційний взаємозв'язок. Отже, такі респонденти більш чутливі до різноманітних зовнішніх стресорів-подразників, тому їхній рівень реактивної тривожності значно вище, що призводить до зневіри в можливість реалізації планів у майбутньому, вони починають вірити, що свобода ілюзорна, і тому планування безглузде.

Підкреслимо, що у групі з першою стадією глаукоми також виявлені значні кореляційні зв'язки в середині методики СЖО на рівні $p < 0,05$ і $p < 0,01$. Так, можна зробити висновок, що чим більше респонденти з початковою стадією глаукоми втрачають контроль над власним життям, тим більше вони зневірюються у власних силах та спроможності будувати свій побут відповідно до власних потреб, саме тому минуле здається більш результативним і надає сенсу жити далі.

Емпіричне дослідження показало, що у групі з першою стадією глаукоми рівень фрустрації має прямий кореляційний взаємозв'язок із рівнем агресивності ($r = 0,3797$, $p < 0,05$), зворотний кореляційний взаємозв'язок із рівнем настрою й орієнтованістю на процес ($r = 0,411$ та $r = 0,323$, $p < 0,05$), тобто якщо в житті респондентів дуже часто реальність не відповідає очікуванням, такий тривалий фрустраційний стан може призвести до агресивних імпульсів, афективної поведінки у вигляді злоби чи гніву, тоді респонденти будуть охоплені загалом негативними або токсичними переживаннями, що і не дає можливості отримувати насолоду від процесу життя в теперішньому.

Водночас у групі із третьою стадією глаукоми існує сильний зворотний кореляційний взаємозв'язок між показником фізичної активності та рівнем реактивної тривожності ($r = 0,563$, $p < 0,01$), більш слабкий із показником резилентності ($r = 0,328$, $p < 0,05$), тобто деякі особливості перебігу хвороби можуть впливати на загальне функціонування респондентів, чим знижують їхній рівень оцінки свого стану здоров'я: у даному разі респонденти найчастіше реагують на зовнішні стресори напругою, занепокоєнням, нервозністю, що призводить до поступової загальмованості процесу відновлення функціонального стану й емоційної стійкості після стресових, шоківих подій.

Виявлено у групі із третьою стадією глаукоми прямий кореляційний взаємозв'язок між показником фізичної активності та показником ригідності і локусом контролю Я ($r = 0,338$ та $r = 0,361$, $p < 0,05$), тобто респонденти компен-

сують внутрішній дискомфорт, покращують загальний стан фізичного здоров'я за допомогою поведінкової стереотипії й упертості, контролю власного життя, коли всі вдачі приписують собі, тоді як за невдачі можуть бути відповідальні інші, а все це формує азогнозичне ставлення до хвороби.

Необхідно зазначити, що у групі із третьою стадією глаукоми між показником психічного здоров'я та впливу зорових порушень на якість життя, а також рівнем стресу існує зворотний кореляційний взаємозв'язок ($r = 0,442$ та $r = 0,426$, $p < 0,05$). Водночас останні дві шкали також корелюють одна з одною ($r = 0,960$, $p < 0,01$) – взаємозв'язок сильний і прямий. Отже, такі респонденти вважають, що симптоми, які проявляються на даній стадії, впливають на виконання окремих дій, а відповідні погіршення у фізичному стані призводять до зниження соціальної активності та сформують відчуття психічного неблагополуччя, що формує внутрішню картину хвороби. Тоді у відповідь на сильний стресовий фактор (їх захворювання), який не вдалося компенсувати, проявляється виражене напруження емоційних і фізіологічних систем організму.

Установлено, що у групі із третьою стадією глаукоми існує прямий кореляційний взаємозв'язок між показником психічного здоров'я та такими шкалами методики СЖО, як: «Результат» і «Локус-Я» ($r = 0,368$ та $r = 0,331$, $p < 0,05$), тобто в разі орієнтації на вагомні минулі результати, що принесли задоволення та відчуття власної продуктивності, респонденти починають більше вірити в те, що вони сильні особистості, які можуть подолати будь-які перепони в житті. У даному разі респонденти із третьою стадією глаукоми оцінюють власне психічне здоров'я на високому рівні, уважають, що їхня хвороба не обмежує їхні соціальні контакти та можливість займатися різними справами.

Підкреслимо, що у групі із третьою стадією глаукоми в середині методики СЖО також виявлені значні кореляційні зв'язки на рівні $p < 0,05$: рівень цілеспрямованості респондентів може зростати завдяки пошуку того, що надасть емоційної насиченості, цікавості та наповнить їхнє життя сенсом, тому вони все більше починають розуміти які ресурси та терміни необхідні для досягнення результатів у теперішньому й особливо в майбутньому, починають повертати собі свідомий контроль над життям, намагаються переконати себе в тому, що лише вони спроможні ухвалювати рішення та відповідати за їх виконання.

Було встановлено, що у групі із третьою стадією глаукоми наявний прямий кореляційний взаємозв'язок між показником впливу зорових порушень на якість життя та рівнем депресії ($r = 0,384$, $p < 0,05$), а остання шкала корелює

з рівнем стресу ($r = 0,339$, $p < 0,05$) – взаємозв'язок слабкий і прямий. Отже, за високого рівня впливу зорових порушень на якість життя підвищується рівень стресу, для успішного подолання якого бажана допомога психолога або психотерапевта. Водночас на основі напруження емоційних і фізіологічних систем організму із-за стресу можна засвідчити тенденцію до підвищення рівня депресії та те, що психічна сфера перебуває під контролем афективних елементів розладу.

Установлено існування у групі із третьою стадією глаукоми зворотного кореляційного взаємозв'язку між рівнем реактивної тривожності та резилентності ($r = 0,350$, $p < 0,05$). Отже, респонденти – чутливі особистості, ось чому деякі стимули будуть розрізнятися як небезпечні для самооцінки та самоповаги, що може не відповідати реальній загрозі. Зважаючи на дані особливості, наявність глаукоми призвела до цілковитого нівелювання здатності вистояти в несприятливій ситуації, мобілізуватися, тоді як підтримка родини є кінцею в разі зіткненням із проблемами, спричиненими хворобою і не тільки.

Було виявлено, що у групі із третьою стадією глаукоми між рівнем агресивності та ригідності та настроєм спостерігається зворотний кореляційний взаємозв'язок ($r = 0,379$ та $r = 0,396$, $p < 0,05$ відповідно), тобто респонденти під час адаптації до життя із хворобою поступово починають контролювати власну агресивну активність та імпульсивні прояви, тому демонструють більш ригідний контроль, що проявляється в незалежності функціонування пізнавальних процесів і допомагає стабілізувати рівень власного емоційного стану, покращити настрій. Водночас шкала «Агресивність» корелює зі шкалою «Процес» ($r = 0,363$, $p < 0,05$) – взаємозв'язок слабкий і зворотний, тобто оскільки респонденти із третьою стадією глаукоми перебувають у пошуку того, що наповнить їхнє життя сенсом, більше починають цінити минуле життя, саме тому намагаються контролювати власні агресивні імпульси, через які виникали труднощі у спілкуванні з людьми або в досягненні бажаного.

Нарешті, емпірично встановлено, що у групі із третьою стадією глаукоми виявлено існування зворотного кореляційного взаємозв'язку між шкалою «Часова перспектива» і рівнем фрустрації ($r = 0,330$, $p < 0,05$), оскільки в разі загальної фрустрованості (як тла із-за хвороби) відсутня сфокусована тимчасова перспектива, рівень фрустраційних реакцій знижується завдяки уникненню труднощів і невдач, відкиданню окремих моментів, витиснення переживань, наприклад відчуття суму або відчаю.

Висновки. У психологічній науці ресурси розглядаються як система взаємозалежних

компонентів індивідуально-середовищного характеру, система соціально-психологічних проявів, комплекс здібностей і навичок пацієнта, засоби побудови динамічної взаємодії з обставинами життя, міра їх суб'єктивного контролю або залежності від них, стійкі очікування позитивних або негативних наслідків подій, стратегії взаємодії зі складністю та невизначеністю, гнучкість або ригідність цілепокладання, характеристики зв'язку зусиль із результатами діяльності, наявність яких надає людині змогу зберігати баланс адаптаційно-компенсаторних механізмів у стресогенних умовах, що пов'язані із хворобою. Тоді як «внутрішня картина хвороби» – це складна система психічних переживань, стан і особливості внутрішнього світу, стиль і спосіб життєдіяльності пацієнта стосовно захворювання та його лікування, ставлення до оточення, до власної особистості, до навчання та роботи, до майбутнього, до своїх вітальних функцій, ресурсів, загалом до життя, тобто соціокультурний феномен, як механізм прагнення вдосконалення здоров'я, поліпшення якості життя.

Установлено особливості взаємозв'язку ресурсних компонентів особистості на різних етапах формування внутрішньої картини хвороби: у групі з першою стадією глаукоми існують кореляційні взаємозв'язки між такими ресурсними компонентами, як: вплив зорових порушень на якість життя особистості, часова перспектива, орієнтація на результат, локус життя, рівень фрустрації й агресивності, реактивної тривожності, настрою й орієнтація на процес. Підкреслимо, що у групі з першою стадією глаукоми також виявлені значні кореляційні зв'язки в середині методики СЖО на рівні $p < 0,05$ та $p < 0,01$. Водночас у групі із третьою стадією глаукоми спостерігаються кореляційні взаємозв'язки між такими ресурсними компонентами, як: фізична активність, рівень реактивної тривожності, показник резилентності, показник психічного здоров'я та впливу зорових порушень на якість життя, рівень стресу, агресивності та ригідності та настрою, орієнтованість на процес, часова перспектива та рівень фрустрації, локус контролю-Я, орієнтованість на результат, рівень депресії. Підкреслимо, що у групі із третьою стадією глаукоми в середині методики СЖО також виявлені значні кореляційні зв'язки на рівні $p < 0,05$.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Богучарова О.І. Внутрішня картина здоров'я як умова формування особистості (спроба проб лематизації). *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Академії педагогічних наук України*. 2002. Т. IV. Ч. 1. С. 11–20.
2. Психологія здоров'я людини / І.Я. Коцан та ін. Луцьк: РВВ «Вежа», 2011. 430 с.

3. Критерії психологічної діагностики і типологія внутрішньої картини здоров'я. *Психологічні перспективи* : збірник наукових праць Волинського національного університету імені Лесі Українки. Луцьк, 2009. Вип. 14. С. 15–24.
4. Литвиненко О.Д. Внутрішня структура адаптаційного потенціалу як системи адаптивностей. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2018. Вип. 7. С. 59–63.
5. Лурія Р.А. Внутрішня картина хвороб і ятрогенних захворювань. URL: <http://medmat.pp.ua/10/27864.html>.
6. Михайленко Е.В. Особистісні ресурси як чинник адаптації – реадaptaції моряків рибпромислового флоту до змінених умов життєдіяльності. Одеса, 2007. 24 с.
7. Мясичев В.Н. Психічні стани та стосунки людини. *Огляд психіатрії та медичної психології*. 1996. № № 1–2. С. 20–24.
8. Пітецька Н.І. Критеріально значущі фактори ризику серцево-судинних захворювань у хворих на артеріальну гіпертензію. *Український терапевтичний журнал*. 2008. № 3. С. 57–60.
9. Родіна Н.В. Психологія стресу, копінг-поведінки і здоров'я : навчально-методичний посібник для студентів ВНЗ III–IV рівнів акредитації. Одеський національний університет імені І.І. Мечникова. Донецьк : Східний видавничий дім, 2015. 164 с.
10. Сокольська М.В. Особистісне здоров'я професіонала. Харків, 2012. 500 с.
11. Хазова С.А., Дор'єва О.А. Ресурси суб'єкта: теорія і практика дослідження. URL: <https://cutt.ly/HMJq6Jd>.