

Міністерство освіти і науки України  
Харківський національний педагогічний університет  
ім. Г.С. Сковороди

**Вісник**  
Харківського національного  
педагогічного університету  
ім. Г.С. Сковороди

*Психологія*  
*Випуск 23*

Харків  
ХНПУ 2007

## ЗМІСТ

**І.О. Авдеева**

ОСОБЛИВОСТІ ОБРАЗУ БАТЬКА ТА ОБРАЗУ МАТЕРІ,  
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СОЦІАЛЬНОЇ СИТУАЦІЇ РОЗВИТКУ ДИТИНИ ..... 5

**О.М. Василенко**

ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОРГАНІЗОВАНOSTІ  
ОСОБИСТОСТІ СТУДЕНТІВ ..... 19

**О.І. Василькова**

ДО ПРОБЛЕМИ ПЕРЕБУДОВИ МОТИВАЦІЙНО-СМИСЛОВОЇ  
СФЕРИ ВЧИТЕЛІВ, ЯКІ ПЕРЕЖИВАЮТЬ КРИЗИ  
ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ..... 29

**І.В. Ващенко, С.Л. Андроник**

ПРО ДЕЯКІ ПОКАЗНИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ  
ПРАЦІВНИКІВ ОВС ..... 44

**А.В. Вознюк**

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ МЕНЕДЖЕРІВ  
ОСВІТНІХ ОРГАНІЗАЦІЙ ..... 52

**В.А. Демченко**

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ СФОРМОВАНOSTІ САМОСВІДО-  
МОСТІ І Я-КОНЦЕПЦІЇ У СТУДЕНТІВ ПЕРШОГО КУРСУ ..... 60

**О.Б. Єгорова, Л.М. Шевченко**

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ НЕВРОТИЧНИХ СТАНІВ У ПІД-  
ЛІТКІВ З НИЗЬКИМ СОЦІОМЕТРИЧНИМ СТАТУСОМ ..... 65

**Ю.Ю. Ільїна, О.О. Павлова**

ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ  
У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ..... 74

**Г.С. Кизим**

ДУХОВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ В СТРУКТУРІ ОСОБИСТОСТІ  
МАЙБУТНІХ ПСИХОЛОГІВ ..... 84

**Н.І. Ковальчишина**

МОТИВАЦІЙНА ОСНОВА КАР'ЄРНИХ ОРІЄНТАЦІЙ  
СЛІДЧИХ ОВС ..... 97

**М.А. Кузнецов**

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ  
ПЕРФЕКЦІОНІСТА ..... 105

**М.Б. Левандовська**

ОСОБЛИВОСТІ ВНУТРІШНІХ КОНФЛІКТІВ У ЧОЛОВІКІВ  
ТА ЖІНОК СЕРЕДНЬОГО ВІКУ ..... 123

2. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков: анамнез, этиология и патогенез. – Л.: Медицина, 1988. – 248 с.
3. Куртанова Ю.Е. Особенности изучения личностного развития детей, страдающих неврологическими заболеваниями // Специальная психология. – 2006. – №2. – С. 47-55
4. Лепіхова Л.А. Соціально-психологічна компетентність у цілеспрямованій поведінці особистості // Практична психологія та соціальна робота. – 2006. – № 2. – С. 65-71.
5. Психологический словарь. – М.: Педагогика, 1983. – 447 с.
6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 490 с.
7. Райгородский Д. Я. Психология личности. Т.1. Хрестоматия. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 512 с.
8. Седнев В.В., Збарский З.Г., Бурцев А.К. Детский опросник неврозов (ДОН): Методические указания. – Донецк: ДИПО, 1997. – 8 с.
9. Файнберг С.Г. Предупреждение неврозов у детей. – М.: Медицина, 1979. – 88 с.
10. Федотова О.О. Нарушение стойкости самооценки при неврозах. – М., 1985. – 278 с.
11. Шевандрин М. П. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. – М.: ВЛАДОС, 1999. – 512 с.
12. Шейнов В.П. Психология влияния: скрытое управление, манипулирование и защита от них. – М.: Ось, 2002. – 718 с.

*Ю.Ю. Ільїна, О.О. Павлова*

## ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ОСОБИСТОСТІ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

*Актуальність дослідження.* Останнім часом можна спостерігати, що вчені більше стали цікавитись проблемою емоційної сфери у порівнянні з пізнавальною. Це пояснюється тим, що емоційна сфера грає важливу роль у житті людини, в регуляції діяльності, у підтримці психологічного здоров'я.

Сьогодні емоційне життя сучасної людини визначає частота та імпульсивність емоційного навантаження, яке пов'язане з певними умовами: змінами соціального та фізичного середовища, прискоренням темпу життя, соціальними та екологічними негараздами. Людина реагує на все це переживаннями жаху, тривогого, відчаєм.

Раніше проблема емоційної сфери вивчалась у різних напрямках: фізіологічному (П.К.Анохін, Н.Я.Батова, П.В.Сімонов); психофізіологічному (О.Р.Лурія, В.Д.Небиліцин, Б.М.Теплов), біохімічному (Ю.А.Александровський, А.В.Вальдман). В експериментальне-психологічних напрямках досліджувались різні психологічні механізми емоційної сфери та її взаємозв'язок з іншими психологічними процесами (В.К.Вілюнас, Є.А.Костандов, О.М.Леонтьєв); розглядалися питання про співвідношення емоції та експресії (А.А.Бодальов, В.А.Лабунська, В.П.Трусов), вивчалась діагностична сторона (А.Є.Ольшаннікова, Л.А.Рабінович, А.А.Плоткін), обговорювалось питання диференціальних емоцій (К.Є.Ізард, П.В.Сімонов, П.М.Якобсон та ін.).

Двадцять перше століття характеризується зростанням надзвичайних ситуацій, які загрожують не тільки здоров'ю, а й життю людини. Це приводить до посттравматичних стресових порушень (Р.А.Абдурахманов, О.В.Тимченко та ін.). Однак незважаючи на чисельні психологічні дослідження, дуже мало розкрито питань щодо емоційної сфери людини, яка перенесла психічні травми, як надзвичайна ситуація вплинула на психіку, як переживає людина травму або пошкодження того чи іншого органу і як оцінює якість життя. У зв'язку з цим виникає необхідність вирішення проблеми реакції особистості на хворобу.

*Аналіз останніх досліджень та публікацій.* У психології досить широко досліджувались різні прояви емоційної сфери людини, про що свідчить накопичений фактичний матеріал (Л.М.Аболін, Л.К.Вілюнас, Л.С.Виготський, К.Є.Ізард, О.М.Леонтьєв, Е.Д.Хомська й др.). Розглядалися питання, в яких визначена роль емоційної сфери як одного з вагоміших чинників у виникненні хвороб. Аналіз цих робіт свідчить про те, що у хворих важливе місце займає внутрішня картина хвороби, що проявляється у вигляді активності суб'єкта або за рахунок розгорнутих форм страждання.

Звертаючись до емпіричних досліджень, можна помітити, що вивчення внутрішньої картини хвороби в основному зводиться до того, що вона виступає як елемент свідомості. У людини спостерігається «звуження», сильне збудження приводить до зрушень сигнальної системи, вищої нервової діяльності. Вивчення переживань потерпілого у надзвичайних ситуаціях слід розглядати як компонент, який відображає у психіці хворого патологічні зміни процесів життєдіяльності організму та зв'язані з ними умови існування особистості.

Так, російським вченим М.М.Кабановим разом із співавторами було побудоване теоретичне моделювання внутрішньої картини хвороби. Створення такої моделі дозволяє лікарям, психологам і психотерапевтам зрозуміти ті зміни особистості, що детермінуються новими умовами існування хвороби. Саме це може допомогти хворому перебудувати емоційне і раціональне відношення до своєї хвороби, до життєвих планів та перспектив [1].

Низка дослідників в основу теоретичної моделі внутрішньої картини хвороби людини поклали поняття про «церебральне інформаційне поле» хвороби, яке зберігає в довгостроковій пам'яті мозку інформацію про те, як протікає хвороба. «Церебральне інформаційне поле» мозку — це структурно-функціональна зона, яка забезпечує переробку інформації, що необхідна для прийняття рішення, яке має відношення до хвороби. Встановлено, що інформаційне поле може приймати участь як у свідомій, так і в несвідомій психічній діяльності. На думку дослідників воно має інформацію не тільки про патологічні явища, але й про механізми та шляхи подолання [4].

Досвід особистості, що виник в умовах хвороби і зафіксований — у довготривалій пам'яті «церебрального інформаційного поля внутрішньої картини хвороби», формується на основі домінуючих емоцій, мотивації, пов'язаних з уявленням про захворювання.

На основі аналізу інформації про характер хвороби, її динаміку у людини формується уявлення не тільки про хворобу, а й про прогноз. Саме мова йде про модель провідних симптомів. Різні моделі симптомів особистістю класифікуються, а між ними встановлюються певні ієрархічні відношення та зв'язки.

У формуванні внутрішньої картини хвороби велику роль має емоційне відношення хворого до своєї хвороби. Існують різні типи відношень. А.Є.Лічко, Н.Я.Іванова розробили методу для визначення типів відношення до хвороби, виділили дванадцять типів: гармонічний, тривожний, апатичний, іпохондричний, меланхолічний, неврастенічний, сенситивний, obsесивно-фобічний, паранойяльний, егоцентричний, ейфорійний, ергопатичний [2]. На думку дослідників, відношення до хвороби інтегрує всі психологічні категорії. Одночасно з внутрішньою картиною хвороби складається й інша — протилежна модель, внутрішня картина здоров'я, тобто своєрідний еталон здорової людини або органу. Саме цей еталон, на думку науковців, може

бути досить складним і включати елементи у вигляді образних уявлень та логічних узагальнень. У змісті внутрішньої картини хвороби відображається не тільки наявна життєва ситуація (ситуація хвороби), а й преморбідні (дохворобні) особливості особистості хворого, його характер, темперамент.

Травма приводить до зміни якості життя і знижує його у міру наростання тяжкості захворювання. Як показують дослідження, особисте сприйняття хворим стану свого здоров'я більшою мірою корелює з працездатністю пацієнта і ризиком смерті. Супутні психологічному стресу негативні емоції, відчуженість або депресія можуть посилити перебіг хвороби. Відомості, що є в світовій літературі, про вплив психологічного стресу на хворих свідчать про те, що соціально-психологічна реабілітація багато в чому залежить від відношення людини до хвороби, його душевного стану, емоційного настрою, волі, активної позиції [2].

Вчені зазначають, що є два основні уявлення про вплив емоційної напруги на функціонування людини в цілому й виконання різних дій. Прихильники одного підходу вважають, що емоції надають перш за все дезорганізуючу дію на людину. Людина, що знаходиться в стані емоційної напруги, розгнівана, наприклад, діє хаотично, не враховує характеру ситуації, неправильно користується одержаною інформацією. Різкий страх приводить до заціпеніння, виключає взагалі усяку діяльність. Прихильники іншого підходу вважають, що напруга різного змісту (тривога, страх, гнів, ейфорія) бере участь в процесі пристосування, адаптації людини до ситуацій екстремального типу. Згідно цьому положенню емоції мобілізують, допомагають оптимальному використуванню всіх ресурсів організму для того, щоб справитися з ситуацією. Роботи Йеркса і Додсона до повної міри сприяли зближенню цих двох протилежних точок зору. Емоції можуть залежно від їх напруги і ступеня трудності задачі як підвищувати ефективність дій, так і дезорганізувати їх правильне виконання. Стресуємість в екстремальних умовах є важливою для адаптації, але до меж кількісного оптимуму. За його межами розвиваються порушення різних функцій.

Проте нам не відомі роботи, в яких досліджувались особливості емоційної сфери людини, її відношення до свого стану та хвороби, яка потрапила у дорожньо-транспортну пригоду. Це питання і визначило *предмет* нашого дослідження.

У даній роботі поставлено за *мету* дослідити ті особливості емоційної сфери людини, які виникають внаслідок травм під час дорожньо-транспортних пригод.

*Виклад основного матеріалу.* Головна проблема, що постає перед практичними психологами, лікарями — це проведення психологічного аналізу отриманої інформації від постраждалої людини у дорожній катастрофі з метою оцінки її особистості та системи відношень, що склалися внаслідок надзвичайної ситуації, до себе, до хвороби та оцінка як саме хвороба змінила систему особистісних відношень.

Наше дослідження проводилось на базі Інституту невідкладної і планової хірургії м. Харкова. У дослідженні брали участь 89 потерпілих різного віку (від 16 до 64 років), в т.ч. 32 жінки, 57 чоловіків.

Для реалізації поставленої мети застосовувались наступні методи: спостереження, бесіда, клінічне інтерв'ювання, проводилась математична обробка отриманих даних, використовувались наступні методики — опитувальник для визначення симптомів ПТСР, опитувальник Міні-мулт (скорочений варіант ММРІ), особистісний опитувальник Бехтеревського інституту (ООБІ), методика диференційного діагностування депресивних станів Зунге (адаптація Т.І.Балашової). Проведено аналіз результатів дослідження за допомогою двофакторного дисперсійного аналізу, який використовувався нами для оцінки і перевірки тестових гіпотез. Оцінка проводилась окремо для жінок і чоловіків. За підсумками факторного аналізу виявилось, що данні результати опитування відповідають загальним генеральним сукупностям по статевій приналежності, являються достовірними та можуть бути використані для подальших досліджень.

У ході роботи ми особливу увагу звертали на скарги хворих — постраждалих, завдяки чого отримали інформацію про особливості особистості кожного. Так, у ході збору психологічного анамнезу у постраждалих при відповідях на питання могла спостерігатися нестриманість, роздратування, що характеризує неврастенічний і істеричний тип відношення до травми. Більшість жінок зрілого віку в ході бесіди проявляли підвищену нервозність, сльозливість, надлишкову драматизацію подій, схильність до звуження свідомості, виражені вегетативні реакції. Аналіз відповідей чоловіків за даними спостереження свідчать про наступне: особи з паранойяльним типом відношення до травми демон-

стрували озлоблення, ускладнена адаптація виявлялася підвищеною зосередженістю на відхилення від норми як в плані міжособистісних відносин, де їх дратувала безвідповідальність і недостатня на їх погляд моральність вчинків медперсоналу, так і у сфері самопочуття, де надмірна увага до функцій власного організму в результаті переростала в яскраву іпохондричність.

У ході роботи нами використовувались наступні способи збору інформації: невимушена бесіда, підсумок якої у подальшому оформлювався у вигляді текстового запису (спосіб застосовувався при роботі з постраждалими з іпохондричним типом відношення до хвороби); використання формалізованої карти-схеми, яка вручалась постраждалому з проханням самостійно заповнити графі (застосовувалось при роботі з постраждалими шизоїдного типу відношення до хвороби).

У результаті обробки отриманих даних (методика Зунге) виявлено, що як у чоловіків, так і у жінок всіх вікових груп була виявлена значна перевага субдепресивного стану. Лише у чоловіків 16–20 років було виявлено стан без депресії (6 чол. — 54,5%) і легка депресивна ситуація — 5 чоловік (45,5%). У жінок переважає легка депресивна ситуація.

Цікавими виявились дані щодо відповідності типу депресії характеру травми. Так тужлива депресія є типовою для пацієнтів з забивом «скроневої долі правої півкулі. У них спостерігається висока тривожність, уповільнення мошлення, рухова уповільненість та ідеаторна затриманість. Хворі важко переживають свою хворобу, демонструють знижену самооцінку, мають стурбований, пригнічений вигляд. Пред'являють активні скарги на погіршення пам'яті, проте вірно відтворюють події і дати. При забиві скроневої долі лівої півкулі спостерігається так звана тривожна депресія, пацієнти демонструють драгливість, плаксивість та неспокій. У хворих порушується сон. Що ж стосується забиву передніх відділів мозку, то для постраждалих характерна апатична депресія, основною їх рисою є байдужість з відтінком смутку, хворі

пасивні, не демонструють зацікавленості до оточуючих і навіть до самих себе, мають в'ялий вигляд, гіпотонічні.

У результаті діагностики ПТСР було з'ясовано, що посттравматичний стресовий розлад є наявним у всіх постраждалих незалежно від віку і статі. Особливо важкий стан спостерігався у жінок віком 31–50 років та у чоловіків віком 51–60 років.



Аналіз даних за підсумками методики ММРІ свідчить про те, що виявлена перевага низьких показників за шкалою психастенії у всіх вікових груп у чоловіків і жінок, низькі показники за шкалою шизоїдності у вікових груп 21–30 років і 31–50 років у чоловіків і жінок, 51–65 – лише у чоловіків. Тоді як високі показники спостерігались за шкалою істерія у всіх вікових груп чоловіків і жінок. Це свідчить про те, що при стресі найбільш характерні виражені вегетативні реакції та два основних захисних механізми: витиснення зі свідомості негативної інформації та трансформація психологічної тривоги на рівні організму (біологічному) в функціональні порушення.

Дані отримані за допомогою методики ООБІ дали такі результати: частіше за все реакції на хворобу зустрічались у змішаному варіанті, коли одночасно були присутні ознаки декількох типів відношення до хвороби. У структурі змішаного варіанту найбільш часто були відмічені елементи у чоловіків і 16–20 років гармонійного типу (54,5%), меланхолічного (43,5%), ейфорічного типу (2%) відношення до хвороби, у жінок того ж віку переважає неврастенічний (25%) та ергопатичний (25%) тип. Все одно для жінок більш вірогідний дезадаптивний тип відношення до хвороби, ніж для чоловіків, так як для останніх сферою значущих соціальних відносин є робота (кар'єра), а для жінок велике значення має відношення до неї членів родини, розцінювання фізичних змін в результаті травми як втрати привабливості, у зв'язку з чим формується почуття неповноцінності. У жінок частіше за все діагностується понижений фон настрою, що призводить до збільшення перебування в стаціонарі, тому що пацієнти часто невірно, неточно виконують призначення лікаря через депресивні реакції, відсутність бажання будь-що робити, слабкість.

Нами була проведена статистична обробка отриманих даних. Порівняльний аналіз прояву шкал депресивного стану у чоловіків та жінок за критерієм F Фішера виявив значущі відмінності. Чоловіки на відміну від жінок частіше відзначали в себе наявність субдепресивного стану. Слід зазначити, що кількість досліджуваних старшого віку, що визначали в себе наявність депресивного стану, певною мірою перебільшувала вибірку 21–30 річних. Проте визначені особливості вікової динаміки формування депресивного стану у жінок та чоловіків не набули статистичної значущості.

Цікавими виявилися результати статевих відмінностей у показниках проявів стану. Чоловіки незалежно від віку значно частіше за жіночу вибірку визначали в себе наявність тривоги (34,3 - 39,3%), ергопатичності (34,3 - 40,7%) — уходу від хвороби в роботу, прагнення зберегти працездатність, відчуття незалежності, самооефективності, відсутності потребив допомозі та співчутті. Жінки віком від 21 до 30 років значно частіше вказували на наявність у себе повної байдужості до своєї долі, пасивне підкорення процедурам і лікуванню.

Вікові особливості проявів стану певною мірою проявили себе у виборці жінок. Так, досліджувані віком 31–50 років достовірно частіше за представниць молодшої групи відзначали у себе акцентований рівень прояву тривоги, тобто безперервного занепокоєння, помисливості, віри в прикмети та ритуали.

Взаємозв'язок між рівнем вираженості депресивного стану та показниками окремих акцентованих рис жінок та чоловіків визначався нами за допомогою кореляції бінарних даних ( $\varphi$  — коефіцієнт сполученості). Так, у виборці чоловіків віком 21-30 років субдепресивний стан значно корелював з рівнем вираженості тривожності, неврастенії, ергопатичності (відповідно  $\varphi=0,53$ ;  $\varphi=0,69$ ;  $\varphi=0,53$ ). У жіночій виборці зазначений рівень депресивного стану значно корелював з неврастенією ( $\varphi=0,54$ ,  $p<0,01$ ) та ергопатичністю ( $\varphi=0,54$ ,  $p<0,01$ ). Отримані коефіцієнти прямої залежності вказують на стійку тенденцію до взаємозв'язку між тривожністю, неврастенічністю, ергопатичністю та субдепресивним станом.

Порівняльний аналіз результатів кореляцій, отриманих на різних вибірках (чоловіки й жінки різних вікових категорій) між однаковими змінними (рівень депресивного стану та наявність акцентованих рис) за допомогою  $Z$  перетворення Фішера, дозволяє стверджувати, що у вибірці жінок зв'язок між субдепресивним станом та наявністю акцентованих рис не має вікової динаміки. У чоловіків зазначений критерій виявив статистичне значущу тенденцію до зменшення з віком сили зв'язку між рівнем тривожності та субдепресивним станом ( $Z=2,23$ ;  $p<0,05$ ). Слід зазначити, що у досліджуваних віком 31-50 років зв'язок між депресивним станом та тривожністю набуває рівня статистичної значущості ( $p<0,05$ ), високі показники депресії значно корелюють з іпохондрією ( $p<0,05$ ).

*Висновки.* Обробка отриманих даних та аналіз результатів методик дозволяють стверджувати, що переважаючі на перших етапах захворювання спочатку плотські елементи внутрішньої картини хвороби повністю зникають через деякий час і їх місце займають розсудлива переробка хворим факту захворювання й емоційна оцінка хвороби. Різна за структурою та динамікою внутрішня картина хвороби створює специфічні і надзвичайно важливі умови розвитку перебудови особистості хворого – постраждалого. Чим більше постраждалий зосереджений на суб'єктивних хворобливих і інших неприємних відчуттях, тим менше у такого хворого пошукової активності.

Найбільші складнощі в нормалізації психічного стану після травми спостерігаються у чоловіків у віці 31 - 50 років, у яких наявні високі показники за шкалою депресії. Профіль свідчить про наявність депресивної реакції в рамках адаптаційного синдрому. Спостерігається зниження рівня життєлюбності та оптимістичності при підвищеній імпульсивності.

Для жінок більш вірогідний дезадаптивний тип відношення до хвороби, ніж для чоловіків, так як сферою значущих відношень є робота, а для жінок відношення оточуючих, родини, втрата привабливості та формування, як наслідок, почуття неповноцінності. У жінок частіше діагностується понижений фон настрою.

Хоча порівняльні дані вивчені тільки частково, але вони знаходять істотну спорідненість психолого-соціальних реакцій і форм переробки у різних груп хворих. Сюди відносять стійкість або скороминучий характер порушення самопочуття, зміна відношення до своєї особи, ускладнення в контактах з родиною і партнерами, професійна та соціальна збитковість, зниження активності, скорочення соціальних контактів.

*Рекомендації.* 1. Психологічна допомога з боку практичного психолога і лікаря передбачає допомогу хворому - постраждалому у виробленні адекватного відношення до своєї хвороби (стану), що сприятиме позитивному її перебігу. 2. Медичному персоналу слід урахувати, що процеси подолання є переважно свідомими, не автоматизованими, швидше орієнтованими на переживання, ніж на поведінку, зосередженими на переробці внутрішніх або зовнішніх конфліктів. 3. Психологу корисно вивчати внутрішню картину хвороби і вчитися оптимізувати її. Адекватно сформовані моделі прогнозу і моделі очікуваних

результатів лікування виступають як найважливіший чинник оптимізації психічного і загального стану постраждалого. 4. Для боротьби з ПТСР психологу слід усвідомити істинну природу проблеми постраждалого, досягти рішення внутрішніх конфліктів, допомогти справитися з відчуттям провини, станом безсилля, емоційним відчуженням, дратівливістю, гнівом і допомогти знайти втрачене відчуття контролю. 5. Важливе місце займає робота з родичами: потребує допомоги кожен з подружжя з метою пристосування до змін, які відбулися; родина повинна знати про клінічні ознаки ПТСР, переживання і відчуття хворого, принципи поведінки в даній ситуації; обов'язкове інформування їх про тривалість перебігу стану чи хвороби і про можливий flashback-ефект. 6. Доцільним є проведення психотерапевтичних сеансів не лише з постраждалим, але й членами родини, бо дуже часто поведінка хворого може сприяти розвитку у них граничних психічних розладів. 7. Важливо навчити постраждалого методам релаксації, оскільки відчуття тривоги і напруги дуже часто супроводжує його тривалий час після травми, може викликати погіршення стану, повернення болю, спазми, тремор, загальну слабкість, а через це погіршення психоемоційної сфери.

#### *Список літератури*

1. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М., Медицина, — 1985.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. — СПб.: Питер, 1998. — 752 с.
3. Лаксин Н.Д., Ушакова Г.К. Медицинская психология. — М., Медицина. — 1984.
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. — 256 с.
5. Мясисhev В.Н., Карвасарский Б.Д., Либих С.С., Тонконогий И.М. Основы общей и медицинской психологии. — Л., Медицина, — 1968.
6. Николаева В.Д. Влияние болезни на психику. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.
7. Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб. ПНИ им. В.М.Бехтерева, 1994.