

8. Організація охорони здоров'я (WHO) : [Електронний ресурс] // Профіль країн за впливом навколишнього середовища на хвороби. – Режим доступу до статті – http://euro.who.int/envhealth/data/20070831_4

References

1. Ball G. A. Lichnost' kak modus kul'tury i kak integrativnoe kachestvo lica / G. A. Ball, V. A. Medincev // Mir psihologii. – 2010. – № 4. – S. 167–178.
2. Kotsan I. Ya. Psykholohiya zdorov'ya lyudyny / I. Ya. Kotsan, H. V. Lozhkin, M. I. Mushkevych. – Luts'k: RVV Vezha Volyn. nats. un-tu im. Lesi Ukrainky, 2011. – 430 s.
3. Leongard K. Akcentuirovannyye lichnosti / Leongard K. – Rostov-na-Donu: Feniks, 1997. – 235 s.
4. Maksymenko S. D, Soloviyenko V. Zahal'na psykholohiya: navch. posib. / S.D. Maksymenko, V. Soloviyenko. – [vyd. pererob. ta dop.]. – Kyiv : MAUP, 2000. – 256 s.
5. Mjasishhev V. N. Psihologija otnoshenij / Mjasishhev V. N.; pod red. A. A. Bodaleva. – M.: Izdatel'stvo «Institut prakticheskoy psihologii»; Voronezh: NPO «MOD JeK», 1995. – 365 s.
6. Romenets' V. A. Istoriya psykholohiyi epokhy Prosvitnytstva / Romenets' V. A. – K.: Vyshcha shkola, 1987. – S. 106.
7. Rubinshtejn S. L. Osnovy obshhej psihologii / Rubinshtejn S. L. – SPb.: Piter, 1990. – 620 s.
8. Orhanizatsiya okhorony zdorov'ya (WHO): [Elektronnyy resurs] // Profil' krayin za vplyvom navkolyshn'oho seredovyscha na khvoroby. – Rezhym dostupu do statti – http://euro.who.int/envhealth/data/20070831_4

Резюме. Стаття розкриває те особливості особистості, які взаємопов'язані з позитивним або негативним ставленням до репродуктивного здоров'я. Виявлено, що як чоловіки, так і жінки характеризуються певним набором психологічних особливостей, які впливають на їх ставлення до репродуктивного здоров'я, а саме: виражена акцентуація характеру, наявність дисгармонічних рис особистості, неуміння вирішувати життєві проблеми, неготовність до гармонічних сексуальних стосунків, неадекватні мотиви вступлення в статеві стосунки.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, особистісні особливості, темперамент, характер, акцентуація характеру, гендерна диференціація, тривожність, міжособистісна комунікація, внутрішня картина здоров'я.

Summary. The article presents the theoretical and practical investigation, whose aim is to describe the psychological research of the definition of the term “reproductive health” from different scientific approaches and points of views, as well as to distinguish the positive and negative attitudes of young people towards the reproductive health. The author summarizes the psychological characteristics that lead to negative attitudes towards reproductive health, such as: character accentuation, disharmonious personality traits, some characteristics of temperament, inability to solve problems, non harmonious sexual relationships, including inadequate reasons of sex accession, lack of adequate knowledge of sexual functioning.

Key words: reproductive health, personality traits, temperament, character, character accentuation, gender differentiation, anxiety, interpersonal communication, internal picture of health.

УДК 159.922:616+316.624

Ю.І. ПИЛИПАКА, О.В. ГАМАРНЮК, В.Л. РОМАНЮК

ПСИХІЧНА ТРАВМА ЯК ФУНКЦІОНАЛЬНА МОДЕЛЬ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

Психічна травма та її складові – переживання і емоції – суттєво впливають на фізичне, психічне і соціальне здоров'я особистості. Окрім того, існує вагомий зв'язок між психічною травмою та фізіологічним і психологічним стресом, а також етіологією та патогенезом розладів психіки і поведінки особистості з урахованням МКХ-10 (Клас V).

Ключові слова: особистість, психічна травма, стрес, афективні розлади, психогенні розлади, психосоматичні розлади, МКХ-10 (Клас V).

Постановка проблеми. Фахівці ВООЗ, враховуючи біо-психо-соціальну сутність людини як виду Homo sapiens, визначають здоров'я як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад. Особливої уваги заслуговують дослідження щодо впливу психічної травми як функціональної моделі на розлади психіки і поведінки особистості, що й було основною метою даної статті. При цьому існує суттєвий зв'язок психічної травми з фізіологічним і психологічним стресом.

Результати теоретичного дослідження. Психічна травма як термін завдячує широкому міждисциплінарному застосуванню теорії і практиці психоаналізу Зигмунда Фрейда (06.05.1856 р. – 23.09.1939 р.). У психоаналітичній глосарії вказано, що «травма психическая – разнообразные повреждения психики, нарушающие ее нормальное состояние, порождающие психический дискомфорт и выступающие в качестве

причини виникнення *неврозів* і других захворювань. По З. Фрейду, психическая травма являє собою *переживання*, «которое в течение короткого времени приводит к такому сильному увеличению раздражения, что освобождение от него или его нормальная переработка не удастся, в результате чего могут наступить длительные нарушения в расходовании энергии». Происхождение психической травмы объяснялось З. Фрейдом, по преимуществу, как следствие *психического конфликта*, порожденного столкновением двух сил: «слишком разросшегося либидо и слишком строгого отрицания сексуальности или вытеснения». Как одна из причин невроза, психическая травма, по З. Фрейду, является случайным переживанием, носит, как правило, *сексуальный характер*, и в таком случае выступает как *сексуальная травма*. Обнаружение, диагностика и терапия психической травмы является фундаментальной задачей психоанализа» [6, С. 227].

У свою чергу, щодо переживання як вагової складової психічної травми є різні трактування. Так, «переживання – 1) емоційно забарвлений стан суб'єкта, що є певною подією у його житті. Цей погляд властивий суб'єктивістському тлумаченню свідомості, що ґрунтується на інтроспективній психології. У ній переживання вивчали поза реальним процесом життєдіяльності людини; 2) стан суб'єкта, який здійснює вибір цілей діяльності відповідно до власних прагнень і бажань. Увага акцентується на боротьбі мотивів і виборі цілей. При цьому створюється враження, ніби наявні переживання спонукають людину до певної поведінки. Однак насправді переживання є внутрішніми сигналами, за допомогою яких людина усвідомлює особисту важливість подій, і на основі цього здійснює усвідомлений вибір мотивів діяльності і регулювання поведінки; 3) форма активності суб'єкта, спричинена невдачею в діяльності, крахом надій і сподівань, ідеалів та цінностей і спрямована на переосмислення свого існування. З цього погляду переживання є особливою формою активності людини, яка дає змогу подолати складну життєву ситуацію і знайти гідний вихід з неї. На побутовому рівні термін «переживання» розуміють як вболівання людини за результат перебігу особисто значущої події» [7, С. 246].

Переживання, насамперед, пов'язані з емоційною сферою особистості. Так, «переживання – атрибут акта *сознания*, не содержащий образа отражаемого, а проявляющийся в *эмоциях*, которые раскрывают личностный смысл происходящих событий. Переживание – это чувствование («прочувствование») и ощущение как *эмоциональный процесс*, а не как рецепция. Субъект переживает любые сильные чувства и состояния, в которых *эмоциональные характеристики* выступают на передний план. В сознании и *эмоциональной памяти* субъекта после возникновения новых эмоций и состояний остаются *знания* о том, что он пережил (прожил) ранее, что испытал, какой приобрел опыт такого переживания. «Пережил» означает не только «выжил» или «преододел», но и «прочувствовал», «осознал» свои эмоции и чувства в определенной ситуации. Чем сильнее переживания, тем ярче эмоциональные характеристики, тем полнее они определяют все остальные параметры состояния» [15, С. 376].

Переживання та емоції як складові психічної травми суттєво впливають на фізичне, психічне і соціальне здоров'я особистості (здоров'я як біо-психо-соціальний феномен). Особливої уваги заслуговує вплив психічної травми на етіологію і патогенез розладів психіки і поведінки, у т.ч. афективних розладів, психогенних розладів, психосоматичних розладів.

У МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду) Клас V (F00-F99 – Розлади психіки і поведінки) включає наступні рубрики (блоки): 1) F00-F09 – Органічні, включаючи симптоматичні, психічні розлади; 2) F10-F19 – Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; 3) F20-F29 – Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади; 4) F30-F39 – Розлади настрою (афективні розлади); 5) F40-F48 – Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади; 6) F50-F59 – Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами; 7) F60-F69 – Розлади особистості та поведінки у зрілому віці; 8) F70-F79 – Розумова відсталість; 9) F80-F89 – Розлади, пов'язані з психічним розвитком; 10) F90-F98 – Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці; 11) F99 – Неуточнений психічний розлад [8].

Рубрика «Розлади настрою (афективні розлади)»: «містить розлади, за яких основним симптомом є зміна афекту чи емоцій від депресії (з асоційованим страхом або без нього) до нестримної радості. Зміна настрою супроводжується зміною рівня активності в цілому; більшість інших симптомів або вторинні, або легко пояснюються на фоні загальної клінічної картини і пов'язані зі зміною настрою і рівня активності. Багато із зазначених порушень мають тенденцію до рецидиву, і початок окремого епізоду часто пов'язаний зі стресовими подіями або ситуаціями» [8]. Рубрика «Розлади настрою (афективні розлади)» включає: F30 – Маніакальний епізод; F31 – Біполярний афективний розлад; F32 – Депресивний епізод; F33 – Рекурентний депресивний розлад; F34 – Стійкі розлади настрою (у т.ч. F34.0 – Циклотимія та F34.1 – Дистимія); F38 – Інші розлади настрою (афективні); F39 – Неуточнений розлад настрою (афективний).

Окремо відмічаємо вплив психічної травми на етіологію і патогенез симптомів депресії особистості та загальну характеристику депресивного епізоду за МКХ-10 (Клас V):

- **F32 – Депресивний епізод.** «Перебуваючи у типових легких, помірних або тяжких депресивних станах, пацієнт страждає від зниження тону, енергії та рівня активності. Сильно знижена здатність отримувати задоволення, цікавитися чимось, зосереджуватися на чомусь, відзначається втомлюваність після найменшого зусилля. Порушені сон і апетит. Відсутні достатня самоповага та впевненість у собі, самостимуляція до діяльності; навіть у найлегших формах наявне почуття провини і власної нікчемності. Знижений тонус незначно змінюється з дня на день, не відповідає обставинам і може супроводжуватися так званими соматичними симптомами, такими як зникнення інтересу і здатності одержувати насолоду, ранне

пробудження вранці; депресія вранці набагато тяжча; відзначаються психомоторне гальмування, збудження, втрата апетиту, зниження маси тіла, втрата лібідо. Залежно від характеру симптомів депресивний стан оцінюється як легкий, помірний або тяжкий» [8].

Найбільш вагомо психічна травма впливає на етіологію і патогенез психогенних розладів особистості. Так, «психогенні – расстройтва психики, возникающие в результате *психических травм*, представляющие результат воздействия *сильной одномоментной психотравмирующей ситуации* (теракт, насиліе и т.д.) или *относительно слабого, но продолжительного травмирования*, которое часто наблюдается в семейных отношениях. В возникновении психогенной существенную роль играет «почва», на которой «произрастают» последствия психических травм, т.е. готовность к «психическому срыву» зависит от ослабленности организма после перенесенного заболевания, длительного нервного напряжения, особенности нервной системы и личности человека. В клинике психических заболеваний психогенные разделяются на две различные по своему составу группы: 1) реактивные состояния, к которым относят психогенные или реактивные психозы; 2) неврозы» [15, С. 437]. Окрім того, психогенії зумовлені внутрішньо-особистісним конфліктом унаслідок переживання психотравмівної ситуації. Психогенно травмівні обставини виступають при цьому як екзогенно-стресорний агент, що порушує *гомеостаз* організму [12, С. 331].

У Класі V (МКХ-10) психогенні розлади представлені у рубриці F40-F48 – Невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади. Рубрика F40-F48 включає: F40 – Фобійні тривожні розлади (у т.ч. F40.0 – Агорафобія, F40.1 – Соціальні фобії, F40.2 – Специфічні (ізолювані) фобії); F41 – Інші тривожні розлади (у т.ч. F41.0 – Панічний розлад (епізодичний пароксизмальний страх), F41.1 – Генералізований тривожний розлад, F41.2 – Змішаний тривожний і депресивний розлад, F41.3 – Інші змішані тривожні розлади); F42 – Обсесивно-компульсивний розлад (у т.ч. F42.0 – Предомінантні обсесивні думки або міркування, F42.1 – Предомінантні компульсивні акти (нав'язливі ритуали), F42.2 – Змішані обсесивні думки й акти, F42.8 – Інші обсесивно-компульсивні розлади); F43 – Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації (у т.ч. F43.0 – Гостра реакція на стрес, F43.1 – Посттравматичний стресовий розлад, F43.2 – Порушення адаптації, F43.8 – Інші реакції на тяжкий стрес); F44 – Дисоціативні (конверсійні) розлади (у т.ч. F44.0 – Дисоціативна амнезія, F44.1 – Дисоціативна фуга, F44.2 – Дисоціативний ступор, F44.3 – Транс і одержимість, F44.4 – Дисоціативні моторні розлади, F44.5 – Дисоціативні конвульсії, F44.6 – Дисоціативна анестезія або втрата чутливості, F44.7 – Змішані дисоціативні (конверсійні) розлади, F44.8 – Інші дисоціативні (конверсійні) розлади); F45 – Соматоформні розлади (у т.ч. F45.0 – Соматизований розлад, F45.1 – Недиференційований соматоформний розлад, F45.2 – Іпохондричний розлад, F45.3 – Соматоформна вегетативна дисфункція, F45.4 – Стійкий соматоформний біль, F45.8 – Інші соматоформні розлади); F48 – Інші невротичні розлади (у т.ч. F48.0 – Неврастенія, F48.1 – Синдром деперсоналізації – дереалізації, F48.8 – Інші специфічні невротичні розлади) [8].

Звертаємо увагу на безпосередній зв'язок психічної травми з різними функціональними моделями стресу. За визначенням Ганса Сельє (26.01.1907 р. – 16.10.1982 р.), стрес – це загальна неспецифічна реакція організму у відповідь на дію будь-яких сильних подразників (стрес-чинників) середовища існування. Внаслідок дії різноманітних стрес-чинників в організмі виникають однотипні фізіологічні та біохімічні зміни, спрямовані на їх нейтралізацію. Сукупність таких змін Ганс Сельє назвав загальним адаптаційним синдромом (синдром біологічного стресу), або клінічним виявом стресу, який супроводжується трьома стадіями: 1) *стадія тривоги*; 2) *стадія опору (резистентності)*; 3) *стадія виснаження* [11, С. 34-35]. Кожна з цих стадій характеризується посиленням функцій певних регуляторних систем організму, насамперед, функціональної системи гіпоталамус – гіпофіз – наднирники, зміною вегетативних (вісцеральних) і електрофізіологічних показників, рухової активності тощо.

У цілому розрізняють фізіологічні та психологічні стрес-чинники і, відповідно, фізіологічний і психологічний стрес. У свою чергу, психологічний стрес поділяють на емоційний та інформаційний [1, 3]. Окрім того, Ганс Сельє розрізняв *еустрес* (позитивний стрес), що характеризує посилення адаптивних можливостей організму, які спрямовані на збереження його здоров'я та *дистрес* (шкідливий стрес, близькі до патології розлади функцій).

Враховуючи функціональний зв'язок психічна травма – фізіологічний і психологічний стрес, подаємо за МКХ-10 (Клас V) відповідні симптоми поведінкової і психічної патології особистості:

- **F43 – Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації.** «Ця категорія відрізняється від інших тим, що включає в себе розлади, які можуть бути ідентифіковані на підставі не тільки симптомів і перебігу захворювання й наявності одного або декількох причинних факторів, включаючи стресові стани, події, які можуть призвести до тяжких стресових реакцій, або значні зміни у житті, що супроводжуються неприємними обставинами, наслідком чого і є порушення адаптації. Однак не дуже тяжкі психологічні стреси («події життя») можуть викликати безпосередньо або прискорити появу цілої низки розладів, про які йтиметься нижче, їх етіологія не завжди ясна й у кожному випадку залежить від індивідуальних особливостей, ідіосинкразії, сприйнятливості, тобто життєві обставини не є достатніми для пояснення виникнення різних форм психічних розладів. Навпаки, розлади, які представлені у цій рубриці, як правило, являють собою прямі наслідки гострого тяжкого стресу або довготривалого травмування. Якщо події чи неприємні життєві обставини, що спровокували стрес, продовжуються, вони є першопричиною і поштовхом до початку психічних захворювань. Розлади, про які йдеться у даній рубриці, можуть, однак, розглядатися як неадекватна відповідь на тяжкий і довготривалий стрес, отже, можуть призвести до проблем соціального функціонування» [8];

- **F43.0 – Гостра реакція на стрес.** «Транзиторні розлади, які розвиваються в індивіда без будь-яких інших психічних порушень у відповідь на фізичний або моральний стрес і які звичайно минають за декілька годин або днів. Тяжкість і гострота таких розладів великою мірою залежать від індивідуального сприймання, здатності подолати труднощі. Симптоми являють собою типово змішану і мінливу картину. Для початкового етапу характерним є «приголомшення» з деяким звуженням свідомості, зниженням уваги, здатності розуміти те, що відбувається, дезорієнтацією. Услід за таким станом може розвинути «відключення» від навколишньої ситуації (поринання в себе, ступор – F44.2) або збудження і гіперактивність (реакція втечі). Наявні такі ознаки панічного неспокою, як тахікардія, спітніння, припливи крові до обличчя. Симптоми звичайно з'являються упродовж декількох хвилин (коли відбуваються події, що викликають стрес) і минають за 2-3 дні (часто за декілька годин). Інколи спостерігається часткова або повна амнезія на стресову ситуацію (F44.0). Якщо симптоми стійкі, необхідно переглянути діагноз» [8];

- **F43.1 – Посттравматичний стресовий розлад.** «Проявляється як уповільнена (постфактум) відповідь на стресову ситуацію чи подію (коротка або довгострокова) виключно небезпечного чи катастрофічного характеру, яка є причиною глибокого дистресу. Такі фактори, як індивідуальні риси особистості (компульсивні, астеничні) або невротичні захворювання, що мали місце у минулому, можуть полегшити або, навпаки, погіршити стан. Типовим при розвитку посттравматичного шоку є багаторазове повторення в пам'яті стресової ситуації або обставин, марення чи нічні кошмари, стійке відчуття заціпеніння, притуплення почуттів та емоцій, відчуженість, байдужість до того, що відбувається довкола, уникнення будь-якої діяльності та ситуацій, що нагадують травматичну. Часто спостерігається стан збудження з безсонням, підвищена реакція переляку. З вищепереліченими симптомами і ознаками часто пов'язані стани страху і депресії, а також думки про самогубство. Латентний період після травми може продовжуватись від декількох тижнів до декількох місяців. Перебіг даного стану може бути різним, але у більшості випадків правомірно чекати одужання. У деяких хворих даний стан може набувати хронічного (впродовж декількох років) перебігу з можливою трансформацією особистості (F62.0)» [8, 9];

- **F43.2 – Порушення адаптації.** «Стан суб'єктивного дистресу й емоційного розладу, які не дозволяють людині нормально здійснювати її соціальні функції і з'являються в період адаптації до значних змін і стресових подій у житті. Стрес може порушити цілісність соціальних зв'язків індивіда (тяжка втрата, розлука), або систему соціальної підтримки та цінностей (імміграція, еміграція), або являти собою перехідний стан чи кризу (початок шкільного життя, поява дитини, нездатність досягти поставленої перед собою мети, вихід на пенсію). Гострота проявів і глибина станів порушення адаптації великою мірою зумовлюються індивідуальною схильністю, чутливістю, однак без стресової ситуації такі розлади не виникають. Зовнішні прояви варіюють і включають емоційну депресію, страхи, тривоги (або змішані стани), нездатність справитись із ситуацією, планувати і продовжувати свою діяльність, нездатність займатися навіть звичними повсякденними справами. Розлади поведінки можуть мати асоційований характер, особливо у підлітків. Переважаючими симптомами є короткочасні та довгострокові депресивні реакції або інші емоційні порушення поведінки» [8];

- **F62.0 – Стійка зміна особистості після катастрофи.** «Зміни, які спостерігаються упродовж останніх не менше ніж двох років внаслідок стресу після катастрофи. Стрес повинен бути досить сильним, щоб його глибокий ефект не можна було пояснити вразливістю і легкою навіюваністю особи. Розлади характеризуються ворожістю і підозрілістю, станом спустошеності, безнадії, хронічним відчуттям «балансування на краю», як за наявності постійної загрози, і відчуженням. Даному типу змін може передувати посттравматичний стрес і розлади, що є його наслідком (F43.1)» [8].

Серед вагомих чинників, що суттєво впливають на функціональні стани особистості у шкалі сон – неспання слід виділити інформаційні: надлишок інформації, брак інформації, хибність інформації, суб'єктивність інформації тощо, які можуть бути причиною розвитку інформаційного стресу та, відповідно, інформаційного неврозу.

Свядош А.М. стверджує, що неврози як психогенії – це функціональні розлади психіки і поведінки, які обумовлені дією інформації, насамперед, умовнорефлекторної або вербальної [10]. Для особистості вагоме значення має не тільки кількість, але і якість інформації (семантична складова повідомлення) – вагомість інформації та у зв'язку з цим її патогенність.

Окремої уваги заслуговують дослідження М.М. Хананашвілі у руслі патології вищої нервової діяльності, який ввів поняття «інформаційний невроз» [13]. Інформаційні неврози виникають, насамперед, при інтенсивній діяльності головного мозку в умовах негативного співпадіння трьох наступних чинників (тріади): 1) необхідність обробки і засвоєння великого об'єму інформації та включає етап прийняття рішення, 2) постійний дефіцит часу, який відведений на інформаційну роботу головного мозку, 3) високий рівень мотивації, що визначає високу значимість інформації, а також тривалий дефіцит вагомості (семантичної) інформації [13, 14]. Інформаційні неврози виникають в процесі різних форм діяльності особистості – в учнів, абітурієнтів, студентів, диспетчерів, керівників виробництва тощо [4]. У звичайному житті більшість людей інтуїтивно уникає одного з компонентів цієї тріади.

Суттєвими чинниками ризику виникнення інформаційних неврозів є зниження рухової активності, порушення біоритмів, сенсорна гіпер- і гіпостимуляція (підвищений і знижений рівень шуму, освітленості, тепла і холоду, вологості, радіації) тощо. За своїм клінічним змістом інформаційні неврози є варіантом неврастенії як класичного неврозу або близькі до «неврозу втоми» [2]. Вказуємо за МКХ-10 (Клас V) основні симптоми неврастенії:

- **F48.0 – Неврастенія.** «При цьому розладі виявляється значна варіабельність, пов'язана з культурою пацієнта. Поширені два типи розладу, що значною мірою збігаються. Перший тип характеризується скаргами на підвищену втому після найменшого розумового зусилля, часто пов'язаними з деяким зниженням здатності займатися професійною діяльністю або справлятися зі щоденними побутовими завданнями. Розумова втомлюваність описується як неприємне вторгнення відволікаючих асоціацій або спогадів, які розсіюють увагу, майже цілковита нездатність сконцентруватись і здійснити розумовий процес. При неврастенії другого типу пацієнти відзначають почуття фізичної слабкості і знемоги після мінімального зусилля, яке супроводжується м'язовим болем і нездатністю розслабитись. При обох типах мають місце інші неприємні та дискомфортні відчуття, такі як запаморочення, інтенсивний головний біль, відчуття загальної нестабільності, а також неспокій з приводу порушення загального нормального фізичного і розумового стану, дратівливості, легкий депресивний стан, тривога. Сон порушений більшою або меншою мірою, але може бути і гіперсомнія. Синдром втомлюваності» [8].

Дуже вагомою є роль психічної травми в етіології і патогенезі психосоматичних розладів особистості. У цілому виділяють три групи психосоматичних розладів: конверсійні симптоми, функціональні синдроми, психосоматози, у т.ч. гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма, нейродерміти, псоріаз, а також гіпертиреоз (тиреотоксикоз), ішемічна хвороба серця, інфаркт міокарда, мігрень, вегетосудинна дистонія, сексуальні і харчові розлади тощо [5]. У Класі V (МКХ-10) термін «психосоматичні розлади» не використовують, враховуючи роль психологічних (емоційних і когнітивних) чинників у виникненні різних соматичних хвороб. Проте у Класі V (МКХ-10) психосоматичні розлади відповідають, насамперед, рубриці F40-F48, а також F50-F59.

Таким чином, психічна травма суттєво впливає на фізичне, психічне і соціальне здоров'я особистості та є функціональною моделлю розладів психіки і поведінки, у т.ч. афективних розладів, психогенних (невротичних) розладів, психосоматичних розладів.

Висновки та перспективи подальшого дослідження.

1. Здоров'я особистості як біо-психо-соціальний феномен потребує міждисциплінарних досліджень та відповідного методологічного обґрунтування з урахуванням вагомих здобутків вітчизняних і зарубіжних наукових шкіл.

2. Існує суттєвий зв'язок між психічною травмою та фізіологічним і психологічним стресом, що зумовлює розвиток відповідної психічної і поведінкової патології особистості.

3. Згідно МКХ-10 (Клас V), психічна травма є функціональною моделлю, насамперед, афективних розладів, психогенних розладів, психосоматичних розладів особистості.

Наступні теоретичні і практичні дослідження щодо психічної травми будуть враховувати її нейрофізіологічні (психофізіологічні) та соціальні складові, у т.ч. вплив різних форм діяльності (навчання, робота тощо), а також вікові і статеві особливості.

Список використаних джерел

1. Бодров В. А. Информационный стресс / В. А. Бодров – М.: ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
2. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии / В.Я. Гиндикин – М.: Крон-Пресс, 1997. – 576 с.
3. Данилова Н.Н., Крылова А.Л. Физиология высшей нервной деятельности. / Н.Н. Данилова, А.Л. Крылова – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 399 с, ил.
4. Луцик В.В., Романюк В.Л. Інформаційні неврози: проблеми методології, діагностики, профілактики // Психофізіологічні та вісцеральні функції в нормі і патології: Матеріали V Міжнародної наукової конференції / В.В. Луцик, В.Л. Романюк – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2010. – С. 112.
5. Луцик В.В., Романюк В.Л. Особливості поширення психосоматичних розладів на Рівненщині // Психофізіологічні та вісцеральні функції в нормі і патології: Матеріали V Міжнародної наукової конференції / В.В. Луцик, В.Л. Романюк – К.: Київський національний університет імені Тараса Шевченка, 2010. – С. 113.
6. Овчаренко В.И. Психоаналитический глоссарий / В.И. Овчаренко – Мн.: Высшая школа, 1994. – 307 с.
7. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О.М. Степанов. – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.
8. Розлади психіки та поведінки (Клас V) / Міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКХ-10): Навчально-методичний посібник // Укладач В.Л. Романюк. – Рівне: РДГУ, 2014. – 56 с.
9. Романюк В.Л., Павелків В.Р. Посттравматичний стресовий розлад: етіологія, патогенез, діагностика, терапія // Психофізіологічні та вісцеральні функції в нормі і патології: Тези доповідей VII Міжнародної наукової конференції, присвяченої 180-річчю Київського національного університету імені Тараса Шевченка та 120-річчю від дня народження А.І. Ємченка (Україна, Київ, 7-9 жовтня 2014 р.) / В.Л. Романюк, В.Р. Павелків – К.: Логос, 2014. – С. 133.
10. Свядощ А.М. Неврозы / А.М. Свядощ – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
11. Селье Г. Стресс без дистресса. / Г. Селье – М.: Прогресс, 1982. – 126 с., ил.
12. Сонник Г.Т., Напреєнко О.К., Скрипніков А.М. Психіатрія. / Г.Т. Сонник, О.К. Напреєнко, А.М. Скрипніков – К.: Здоров'я, 2006. – 432 с.

13. Хананашвили М. М. Информационные неврозы. / М. М. Хананашвили – Л.: Медицина. 1978. – 143 с.
14. Чайченко Г.М. Фізіологія вищої нервової діяльності. / Г.М. Чайченко – К.: Либідь, 1993. – 218 с, іл.
15. Человек: анатомия, физиология, психология. Энциклопедический иллюстрированный словарь / Под ред. А.С. Батуева, Е.П. Ильина, Л.В. Соколовой. – СПб.: Питер, 2007. – 672 с., ил.

References

1. Bodrov V. A. Informacionnyj stress / V.A Bodrov – М.: PER SJe, 2000. – 352 s.
2. Gindikina V.Ja. Leksikon maloj psihiatrii / V.Ja Gindikina – М.: Kron-Press, 1997. – 576 s.
3. Danilova N.N., Krylova A.L. Fiziologija vysshej nervnoj dejatel'nosti. / N.N. Danilova, A.L. Krylova – М.: Izd-vo MGU, 1989. – 399 s, il.
4. Lutsyk V.V., Romanyuk V.L. Informatsiyne nevrozy: problemy metodolohiyi, diahnozyky, profilaktyky // Psykhofiziologichni ta vistseral'ni funktsiyi v normi i patolohiyi: Materialy V Mizhnarodnoyi naukovoyi konferentsiyi / V.V. Lutsyk, V.L. Romanyuk – К.: Kyivskyy natsional'nyy universytet imeni Tarasa Shevchenka, 2010. – 112 s.
5. Lutsyk V.V., Romanyuk V.L. Osoblyvosti poshyrennya psykhosomatychnykh rozladiv na Rivnenshchyni // Psykhofiziologichni ta vistseral'ni funktsiyi v normi i patolohiyi: Materialy V Mizhnarodnoyi naukovoyi konferentsiyi / V.V. Lutsyk, V.L. Romanyuk – К.: Kyivskyy natsional'nyy universytet imeni Tarasa Shevchenka, 2010. – 113 s.
6. Ovcharenko V.I. Psihoanaliticheskij glossarij. – Мн.: Vysshaja shkola, 1994. – 307 s.
7. Psykholohichna entsyklopediya / Avtor-uporyadnyk O.M. Stepanov. – К.: Akademydav, 2006. – 424 s.
8. Rozlady psykhiky ta povedinky (Klas V) / Mizhnarodna klasyfikatsiya khvorob desyatoho perehlyadu (МККh-10): Navchal'no-metodychnyy posibnyk // Ukladach V.L. Romanyuk. – Rivne: RDHU, 2014. – 56 s.
9. Posttravmatychnyy stresovyj rozlad: etiologiya, patohenez, diahnozyka, terapiya // Psykhofiziologichni ta vistseral'ni funktsiyi v normi i patolohiyi: Tezy dopovidey VII Mizhnarodnoyi naukovoyi konferentsiyi, prysvyachenoyi 180-richchyu Kyivskoho natsional'noho universytetu imeni Tarasa Shevchenka ta 120-richchyu vid dnya narodzhennya A.I. Yemchenka (Ukrayina, Kyiv, 7-9 zhovtnya 2014 r.). / V.L. Romanyuk, V.R. Pavelkiv– К.: Lohos, 2014. – 133 s.
10. Svjadoshh A.M. Nevrozy / A.M. Svjadoshh– М.: Medicina, 1982. – 368 s.
11. Sel'e G. Stress bez distressa. / G. Sel'e – М.: Progress, 1982. – 126 s., il.
12. Sonnyk H.T., Napryeyenko O.K., Skrypnykov A.M. Psykhiatriya / H.T. Sonnyk, O.K. Napryeyenko, A.M. Skrypnykov – К.: Zdorov'ya, 2006. – 432 s.
13. Hananashvili M. M. Informacionnye nevrozy. / M. M. Hananashvili– Л.: Medicina. 1978. – 143 s.
14. Chaychenko H.M. Fiziologiya vyshcheyi nervovoyi diyal'nosti / H.M. Chaychenko– К.: Lybid', 1993. – 218 s, il.
15. Chelovek: anatomija, fiziologija, psihologija. Jenciklopedicheskij illjustrirovannyj slovar' / Pod red. A.S. Batueva, E.P. Il'ina, L.V. Sokolovoj. – SPb.: Piter, 2007. – 672 s., il.

Резюме. Психическая травма и ее составляющие – переживания и эмоции – значительно воздействуют на физическое, психическое и социальное здоровья личности. Кроме того, существует весомая связь между психической травмой и физиологическим и психологическим стрессом, а также этиологией и патогенезом расстройств психики и поведения личности с учетом МКБ-10 (Клас V).

Ключевые слова: личность, психическая травма, стресс, аффективные расстройства, психогенные расстройства, психосоматические расстройства, МКБ-10 (Клас V).

Summary. Psychic trauma and its constituents – feelings and emotions – significantly influence physical, psychic and social health of a personality. Moreover, a substantial connection exists between psychic trauma and physiological and psychological stress, as well as etiology and pathogenesis of psychic disorders and individual behaviour with due regard to ICD-10 (V Type).

Key words: personality, psychic trauma, stress, affective disorders, psychogenic disorders, psychosomatic disorders, ICD-10 (V Type).

УДК: 159.923.2

Д.В. ПІОНТКОВСЬКА

РОЗВИТОК НАЦІОНАЛЬНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ ОСОБИСТОСТІ В ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

У статті презентовано результати дослідження проблеми становлення національної ідентичності особистості періоду юності. Запропоновано й обґрунтовано модифіковану методику для вивчення національної ідентичності особистості юнацького віку. Презентовано нові експериментальні та емпіричні матеріали, які розкривають вікову динаміку досліджуваного феномена. Констатовано, що більшість респондентів мають позитивну національну ідентичність.